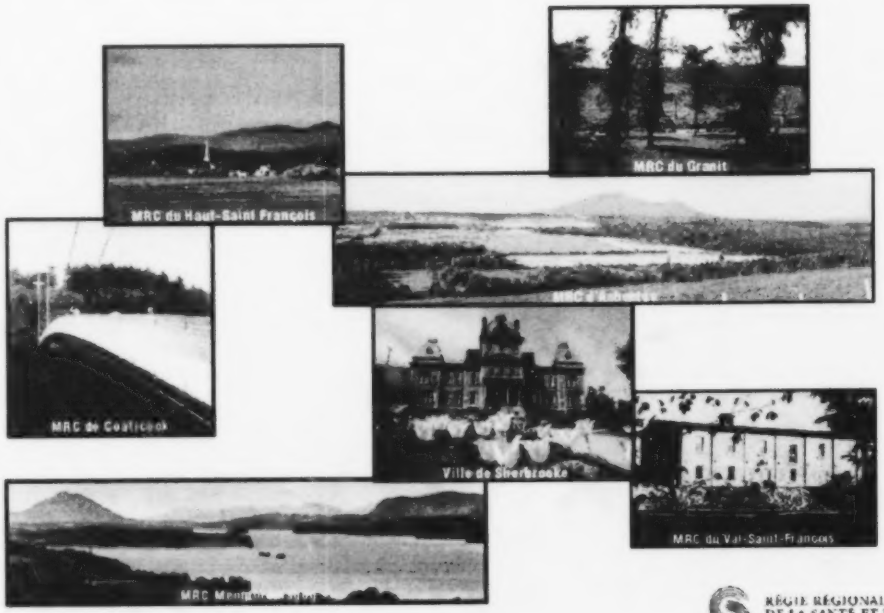
PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

2004-2007

- Cahier 1 — Périnatalité et petite enfance
- Cahier 2 — 5 - 11 ans
- Cahier 3 — 12 - 17 ans
- Cahier 4 — Adultes
- Cahier 5 — Personnes âgées

Cahier 6

Toute la population



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

DIRECTION

106-03304/

Le « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 6 » a été élaboré sous la direction de :

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Francine Boulanger, chef de service, Service santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Lynda Périgny, chef de service, Service promotion/prévention de la santé
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique

Coordination des travaux

Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation

Secrétariat

Mireille Ara, secrétaire, Service promotion/prévention de la santé
France Paquet, secrétaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Conception graphique

Bernard Bilodeau, technicien en communication, Service des communications

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration
du « Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007 - Cahier 6 ».
La liste de ces personnes est présentée à la fin du document.

Dépôt légal : 4e trimestre

Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003

ISBN : 2-921776-25-1

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Page

Introduction 1

Domaine 1 - Développement, adaptation et intégration sociale

Présentation 5
Fiche 6.1.1 Santé mentale, suicide, tentative de suicide 7

Domaine 2 - Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation 13
Fiche 6.2.1 Santé dentaire, maladies parodontales 15
Fiche 6.2.2 Sécurité alimentaire 19
Fiche 6.2.3 Développement des communautés et actions intersectorielles 23

Domaine 3 - Traumatismes non intentionnels

Présentation 27
Fiche 6.3.1 Traumatismes routiers - véhicules hors route et cyclistes 29
Fiche 6.3.2 Traumatismes routiers - véhicules à moteur 33
Fiche 6.3.3 Développement des communautés et actions intersectorielles 37

Toute la population

Domaine 4 - Maladies infectieuses

Présentation 41
Fiche 6.4.1 Protection de la santé de la population 43
Fiche 6.4.2 Hépatite A 45
Fiche 6.4.3 Rage 47
Fiche 6.4.4 Maladies infectieuses contractées à l'étranger 51
Fiche 6.4.5 Système d'information vaccinale 55
Fiche 6.4.6 Gestion des produits immunisants 59
Fiche 6.4.7 Plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza 61
Fiche 6.4.8 VIH/sida et Hépatite C 63
Fiche 6.4.9 Infections transmissibles sexuellement 67
Fiche 6.4.10 Virus du Nil occidental 77
Fiche 6.4.11 Infections nosocomiales 79
Fiche 6.4.12 Infections entériques 81
Fiche 6.4.13 Hémovigilance 85
Fiche 6.4.14 Tuberculose 89
Fiche 6.4.15 Zoonoses 93

Domaine 5 - Santé environnementale

Présentation 97
Fiche 6.5.1 Problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique 99
Fiche 6.5.2 Herbe à poux 101
Fiche 6.5.3 Qualité de l'air intérieur 103
Fiche 6.5.4 Cancers du poumon attribuables à l'amiante 107
Fiche 6.5.5 Maladies d'origine hydrique 109
Fiche 6.5.6 Intoxications d'origine environnementale 111
Fiche 6.5.7 Situations d'urgence et catastrophes environnementales 115

Références 119

Annexes

Annexe A : Programme d'immunisation du Québec 123
Annexe B : Programme « Les UDI ont la piqûre » 125

Liste des collaborateurs et collaboratrices 127

Toute la population

Introduction

Comme le soulignait le rapport Clair,[1] le Québec, en plus de vivre des transformations démographiques importantes, assiste aussi depuis les années 40 à une transition épidémiologique importante. D'une situation marquée par la prépondérance des maladies infectieuses, des stratégies efficaces de lutte ont amené une transition vers une période où les maladies vasculaires, les traumatismes et les maladies respiratoires constituent les grands fléaux, avec le cancer qui prend graduellement de l'importance à cause du vieillissement de la population. Aujourd'hui, les différentes formes de cancer, le diabète et les problèmes ostéo-articulaires sont des sources importantes de morbidité et de mortalité et, par ailleurs, les problèmes de violence, les suicides, les troubles d'adaptation sont à la hausse, de même que les troubles mentaux (voir les cahiers 4 et 5). Les troubles liés au stress et à la santé mentale sont devenus la première cause d'absentéisme pour maladie.

La détresse psychologique se situe autour de 20 % dans tous les groupes d'âge à l'exception des 65 ans et plus. Les suicides ont atteint des niveaux records dans nos sociétés. Malgré une concentration du phénomène chez les hommes de 25 à 44 ans, il y a des cas de suicide dans tous les groupes d'âge. On assiste, en Estrie, à 58 cas de suicide en moyenne chaque année :

- moins de 15 ans (1 cas)
- 15-24 ans (13 cas)
- 25-44 ans (21 cas)
- 45-64 ans (17 cas)
- 65 ans et plus (6 cas)

[1] Les solutions émergentes, Rapport et recommandation, Commissions d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 2000.

La population de tout âge peut aussi être atteinte par certains problèmes tels les maladies buccodentaires et avoir des habitudes de vie nocives telles la sédentarité ou le tabagisme.

Mais, surtout, il n'y a pas d'âge pour être pauvre, seul, isolé, dépourvu et vulnérable. Ces déterminants socioéconomiques sont inexorablement en lien direct avec l'état de santé et de bien-être d'une population, d'un individu. Et malgré que les actions préventives ou curatives tentent de joindre ces clientèles vulnérables d'abord, c'est le plus souvent une action de la communauté qui peut agir sur les causes mêmes de ces déterminants sociaux.

Par ailleurs, les changements environnementaux peuvent entraîner une détérioration de la qualité de l'air, intérieur et extérieur, de la qualité de l'eau et des variations de température qui peuvent induire dans la population de tout âge, et particulièrement chez les plus vulnérables, tant pour des facteurs socioéconomiques que de santé, des problèmes nouveaux ou une aggravation de problème.

De même, quoiqu'ils ne représentent plus une cause de mortalité aussi grande qu'auparavant, il est à prévoir que des agresseurs biologiques et les maladies transmissibles dont ils sont la cause continueront d'exercer une influence importante.

C'est le cas, par exemple, de l'hépatite C dont l'incidence et le fardeau pour la société avaient été largement sous-évalués, et du sida qui devient progressivement une maladie chronique grâce aux nouvelles thérapies. Il est également probable que le phénomène des souches bactériennes résistantes aux antibiotiques se poursuive et même s'accentue.

Les infections nosocomiales sont aussi un risque important pour la clientèle de tout âge qui fréquente nos hôpitaux.

Enfin, les traumatismes divers, souvent mortels, peuvent toucher tout le monde, indépendamment de l'âge et du sexe, ce qui suppose des modes d'interventions préventives qui touchent la population dans son ensemble.

Domaine 1
Développement, adaptation et intégration sociale

Présentation du domaine développement, adaptation et intégration sociale

Ce domaine regroupe un ensemble d'activités à mettre en œuvre afin de réduire ou d'éviter certains problèmes psychosociaux et de santé.

Cette section traite d'activités à mettre en place pour réduire le suicide dans l'ensemble de la population. Certaines activités s'adressent de façon particulière à la clientèle masculine.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.1.1**

DOMAINE : Développement, adaptation et intégration sociale

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Augmenter la proportion de personnes de tous âges en bonne santé mentale.**
- **Réduire le nombre de tentatives de suicide et le nombre de suicides.**

ÉTAT DE SITUATION :

L'importance du suicide n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies faisant de cette cause de mortalité un problème de santé publique sur lequel il nous faut agir.

Avec 1 460 suicides en moyenne annuellement en 1995-1996, le Québec se situe dans le peloton de tête des pays industrialisés affichant un taux de 20 cas/100 000 habitants. L'Estrie a connu, pour sa part, une augmentation de 36 % depuis 1983-1985 pour atteindre en 1995-1997 un taux de 25 suicides par 100 000 habitants, soit 70 décès en moyenne annuellement[1].

La majorité des décès par suicide surviennent chez les hommes ; les groupes les plus touchés étant les jeunes adultes et les hommes d'âge mur. Le suicide constitue la première cause de décès chez les hommes de 15 à 29 ans. En ce qui concerne les tentatives de suicide, elles se produisent surtout chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans[2]. L'étiologie du suicide est multifactorielle et le phénomène est complexe. Aucun facteur ne peut expliquer, à lui seul, un comportement suicidaire. Parmi les facteurs de risque qui y sont associés, on compte les prédispositions individuelles (dépression et autres désordres psychiatriques, abus d'alcool et de drogues, etc.), le milieu social d'appartenance (isolement social, abus physique, psychologique, sexuel etc.) ou les événements circonstanciels (décès ou divorce etc.). L'accès facile à certains moyens de mettre fin à ses jours peut préciter l'événement. La pendaison, les armes à feu et les médicaments sont les trois moyens les plus fréquemment utilisés pour s'enlever la vie.

Le MSSS a élaboré en 1997 une stratégie d'action face au suicide[3] qui vise à stabiliser et à diminuer le taux de suicides au Québec. Un Plan d'action 2003-2008 en prévention du suicide est attendu. Ses objectifs seraient en relation avec les aspects suivants : améliorer les compétences des professionnels, intervenir auprès des groupes à risque, favoriser les interventions en prévention/promotion auprès des jeunes, réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens (armes à feu) et contrer la banalisation et la dramatisation du suicide.

En se basant sur les mesures jugées prometteuses, il est retenu la mise en place d'intervenants « sentinelles » auprès des groupes à risque. Par sentinelles, nous entendons des personnes formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les accompagner vers les ressources d'aide[4].

Afin d'agir efficacement dans la lutte contre le suicide, les pratiques cliniques préventives sont essentielles. En plus d'intervenir en regard de la dépression et du suicide, les médecins peuvent assumer un rôle particulier par rapport aux armes à feu. Dans le cadre d'une collaboration spéciale avec le corps policier, il est visé l'identification par les médecins des personnes à risque de violence envers elles-mêmes ou autrui afin de procéder au retrait des armes à feu au domicile s'il y a lieu[3].

En ce qui concerne l'objectif de soutien des pratiques cliniques préventives, élément essentiel de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, des formations seront élaborées en collaboration avec les partenaires concernés. Elles viseront à outiller les médecins dans le dépistage et le traitement des patients suicidaires.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion et soutien des pratiques préventives : formation des médecins axée sur la prévention du suicide						
• Organisation et diffusion des formations axées sur la prévention du suicide dont les troubles dépressifs (en collaboration avec le DRMG et les GMF).	Nombre de médecins ayant participé à la formation.		X	→	**Régional**	10 000 $
Sensibilisation du grand public et des professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts						
• Organisation d'activités de sensibilisation régionales en lien avec les activités nationales.	Nombre d'activités réalisées. Nombre de milieux rejoints.			X	**Régional**	4 000 $
Intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, par l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardés à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès						
• Évaluation avec les partenaires (policiers, médecins intervenants CLSC) la faisabilité d'implanter un protocole d'entente pour le retrait des armes à feu de personnes présentant des risques suicidaires.	Mise en place d'un groupe intersectoriel.	X			**Régional**	6 000 $
• Élaboration du protocole d'entente avec les partenaires.	Protocole d'entente élaboré.	X			**Régional**	
• Implantation du protocole d'entente avec les partenaires.	Protocole d'entente implanté.		X		**Régional**	
• Organisation avec les partenaires des formations en lien avec l'objectif de réduction des moyens (armes à feu et médicaments).	Nombre de formations.			X	**Régional**	
• Diffusion aux professionnels du matériel ou outils préparés par le MSSS.	100 % du matériel produit par le MSSS diffusé dans tous les territoires de CLSC.				**Régional**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Par l'établissement des réseaux de sentinelles et par la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème						
• Planification et actualisation du programme de formation de sentinelles avec les partenaires de la région et les intervenants pivots des CLSC dans différents milieux : ➢ entreprises, ➢ groupes sociaux, ➢ autres milieux (à explorer).	Nombre de formations. Nombre de sentinelles en place localement.		X	→	**Régional**	310 500 $ 4,6 ETC (psychosoc.)
• Mise en place d'activités de concertation locale de lutte au suicide par la présence d'intervenant pivot sur chacun des territoires de CLSC.	Nombre d'activités de concertation locale par territoire de CLSC. 7 intervenants pivots en CLSC.		X		**Local**	20 000 $ (formation)
• Soutien continu des sentinelles et des différents milieux.	Nombre de rencontres annuelles.		X	→	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Déjà dans les activités.

Domaine 2
Habitudes de vie et maladies chroniques

Présentation du domaine des habitudes de vie et maladies chroniques

Ce domaine s'adresse à plusieurs clientèles et vise à réduire certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l'asthme, l'obésité ainsi que les maladies buccodentaires et leurs déterminants.

Cette section identifie des activités de prévention à déployer dans le but d'améliorer la santé buccodentaire et la sécurité alimentaire des citoyens de l'Estrie.

De plus, des activités au niveau du développement des communautés et des actions intersectorielles visant, notamment, la sécurité alimentaire, complètent cette section.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.2.1**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIFS :

D'ici 2012 :

- **Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans.**
- **Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans et plus.**
- **Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire dans tous les groupes d'âge.**

ÉTAT DE SITUATION :

La carie dentaire est d'abord et avant tout une maladie infectieuse chronique, localisée, progressive, transmissible et, plus souvent qu'autrement, incurable. La restauration souvent coûteuse des lésions carieuses permet de ralentir la progression de la maladie mais n'empêche pas son évolution.

La carie dentaire affecte la quasi totalité de la population. La prévalence de la carie dentaire est globalement deux fois plus élevée au Québec que chez nos voisins États-uniens.

La carie dentaire peut avoir des conséquences physiologiques, psychologiques ou sociales considérables. La carie dentaire est la principale cause de la perte des dents chez les adultes. La prévalence de l'édentation était, en 1990, chez les 15 ans et plus, de 27 % au Québec et de 11 % en Ontario. En 1993, l'édentation s'établissait à 21 % au Québec et à 14 % en Estrie pour les adultes de 18 ans et plus. Chez les personnes privées d'un appareil masticateur fonctionnel, la consommation de médicaments non prescrits et la présence de symptômes gastro-intestinaux sont deux fois plus élevées.

En plus d'influencer directement le taux d'édentation, la carie dentaire peut contribuer au développement des malocclusions, des maladies parodontales, des problèmes à l'articulation temporo-mandibulaire, affecter la mastication, l'alimentation, le choix des aliments, la consommation de médicament, l'élocution et l'estime de soi. De plus, les personnes atteintes de maladies infectieuses buccodentaires ont un risque accru de diabète, de maladies cardio et cérébrovasculaires, de naissance de bébés de petits poids et de naissance de prématurés.

La carie dentaire est une des maladies les plus coûteuses au Canada ; les coûts directs se situent en deuxième position après les maladies cardiovasculaires[5].

La carie dentaire est étroitement liée à la disponibilité des fluorures, aux comportements alimentaires, aux comportements d'hygiène buccale et à l'utilisation des services. C'est chez les populations les plus démunies que l'on retrouve toujours la majorité de la carie observée.

On possède des données suffisantes attestant de l'efficacité (en termes d'effet sur la diminution de la carie dentaire) des mesures de prévention suivantes. Pour l'ensemble de la population : la fluoruration de l'eau de consommation, l'usage des suppléments de fluorure et l'usage des dentifrices fluorurés. Pour les sujets à risque élevé de carie dentaire : les applications topiques de fluorure et l'application sélective d'agents de scellement des puits et fissures.

La fluoruration de l'eau de consommation est une mesure de prévention passive bien acceptée par la population. Mentionnons que l'usage de supplément de fluorure et des dentifrices fluorurés sont peu coûteux et très bien acceptés.

Seulement 8,5 % de la population québécoise peut bénéficier d'une eau fluorurée comparativement à 75 % de la population ontarienne. En Estrie, uniquement la ville de Windsor offre de l'eau fluorurée à une concentration optimale. Le MSSS subventionne au complet les équipements pour la fluoruration et leur installation et il défraie de plus le coût des fluorures utilisés. L'usage adéquat des suppléments et des dentifrices fluorurés par l'ensemble de la population est perfectible.

La fluoruration de l'eau de consommation demeure le moyen de prévention des caries coronaires et radiculaires le plus efficace, le plus équitable, le plus sécuritaire et le plus rentable. Pour chaque dollar investi 80 $ sont économisés. La fluoruration des eaux de consommation est la mesure de prévention en santé publique ayant le meilleur rapport coût/efficacité.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie **Promotion des mesures optimales de fluoruration**						
• Fluoration de l'eau de consommation.	Nombre de municipalités rencontrées.	X	→	→	**Régional**	3 000 $
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives						
• Counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, et l'utilisation de fluorure : ➢ Adaptation et diffusion d'outils d'information et de soutien aux pratiques cliniques préventives concernant la santé et l'hygiène buccodentaire ainsi que l'usage adéquat des fluorures.	Nombre d'outils de promotion distribués dans les milieux ciblés.			X	**Régional**	3 000 $

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux intervenants en santé dentaire publique des CLSC sur les différents éléments du Programme public de services dentaires préventifs nécessaires à sa réalisation, à l'aide du cahier de formation des hygiénistes dentaires élaboré par le MSSS.
- Sensibilisation et formation des intervenants sur les différentes stratégies de prévention des problèmes buccodentaires, de façon périodique, en fonction des besoins et des nouvelles connaissances.
- Soutien aux intervenants en santé buccodentaire des CLSC, pour les différentes activités du Programme public de services dentaires préventifs : mise à jour des connaissances, formation, information, échange et partage d'expériences (3 à 4 rencontres annuelles) et supervision d'activités cliniques en fonction des besoins.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.2.2**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %.

ÉTAT DE SITUATION :

L'une des barrières majeures à une alimentation équilibrée, est la capacité des individus à se procurer des aliments nutritifs et en quantité suffisante pour assurer leur sécurité alimentaire. Par ailleurs, l'état de santé d'une personne est souvent lié à « l'insécurité alimentaire ». Chez les enfants, la mauvaise nutrition peut affecter le développement des aptitudes intellectuelles, sociales et émotionnelles nécessaires pour fonctionner dans la société. En 1998-1999[6], 25 % des enfants qui vivent dans un ménage en situation « d'insécurité alimentaire » ont un apport alimentaire inadéquat. Les personnes qui manquent d'argent pour se nourrir se perçoivent plus souvent en moins bonne santé (19 %), affichent plus souvent un niveau élevé de détresse psychologique (33 %) ou encore présentent pour plusieurs d'entre elles un faible niveau de soutien social (38 %). Plusieurs de ces personnes perçoivent la qualité de leurs habitudes alimentaires comme étant moyenne ou mauvaise (33 %).

En Estrie, en 2001[7], environ 22 000 personnes souffrent « d'insécurité alimentaire » parce qu'elles ne peuvent acheter suffisamment de nourriture ou doivent manger la même chose pendant plusieurs jours de suite, ou encore ne peuvent pas offrir de repas équilibrés aux enfants. Ce chiffre représente environ 8 % de la population estrienne. Certains groupes sont plus touchés que d'autres par « l'insécurité alimentaire » notamment 22 % de familles monoparentales, 14 % de personnes plus faiblement scolarisées, 27 % de personnes sans emploi, 19 % de personnes pauvres et 39 % de personnes très pauvres.

Environ 20 % des personnes vivant dans un ménage en situation « d'insécurité alimentaire » recourent aux services des banques alimentaires, de soupes populaires ou d'autres organismes d'aide. 60 % des personnes qui font appel à une aide alimentaire, le font principalement à la fin du mois.

Parmi les actions entreprises au Québec, un certain nombre s'organise exclusivement autour du dépannage alimentaire. Ces initiatives s'articulent notamment autour des banques alimentaires, des comptoirs de distribution alimentaire, des soupes populaires.

Pour pallier à cette action de nature ponctuelle, de nouvelles approches dites alternatives ont émergé du milieu communautaire. Les cuisines collectives ont été mises sur pied pour permettre aux personnes impliquées de mettre en commun leur savoir faire afin de produire ensemble des repas sains et économiques. Ces approches dites alternatives misent sur le développement du potentiel des personnes, de l'entraide et de la solidarité, de même que sur la participation à la vie collective pour une citoyenneté active. Les alternatives au dépannage alimentaire sont souvent associées à des activités telles que les cuisines collectives, les groupes d'achats, les jardins collectifs. En outre, certains organismes offrent, dans le cadre de ces interventions, des démarches de formation et d'insertion à l'emploi[8].

Le développement d'une plus grande sécurité alimentaire au sein des collectivités locales et régionales repose notamment sur les éléments suivants :

- l'évaluation des besoins et des interventions de soutien alimentaire ;
- le soutien à des projets de développement durable ;
- la sensibilisation et la conscientisation de la collectivité ;
- la concertation et la collaboration des intervenants.

Nous retrouvons en Estrie une douzaine d'organismes communautaires dont la mission est d'aider les personnes aux prises avec un problème de « sécurité alimentaire », soit une banque alimentaire régionale et une banque alimentaire locale ainsi que 8 cuisines collectives réparties dans les 7 MRC de la région et 2 soupes populaires. Au cours de l'année 2002-2003, à l'instigation du MSSS, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a mis en œuvre un Programme de subvention en sécurité alimentaire. Ainsi, 8 cuisines collectives ont pu bénéficier de financement additionnel soit pour consolider leur offre de service, soit pour amorcer un processus de concertation avec leurs partenaires. Il est possible qu'un financement additionnel soit disponible en 2003-2004.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs						
• Gestion du Programme de subvention en sécurité alimentaire (sujet à confirmation du MSSS).	Nombre et type d'organismes subventionnés. Type de projets subventionnés. Clientèle ciblée. Clientèle rejointe. Nombre et types de partenaires associés au projet.	X			**Régional**	
• Rehaussement du financement des 12 organismes communautaires intervenant en sécurité alimentaire.	Nombre d'organismes communautaires financés en sécurité alimentaire. Nombre d'organismes dont le financement a été rehaussé.		X →		**Régional**	400 000 $ pour l'ensemble des organismes selon le cadre du Prog. SOC.

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

CLIENTÈLE : Toute la population **6.2.3**

DOMAINE : Habitudes de vie et maladies chroniques

STRATÉGIES : Développement des communautés et actions intersectorielles

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Mise sur pied de processus et d'activités de coordination et de concertation intersectorielles locales en relation avec la sécurité alimentaire.	Description du processus mis en place. Nombre de partenaires associés. Type et nombre d'activités ou projets réalisés.	X	→	→	**Local**	100 000 $ (projets communautaires)

Domaine 3
Traumatismes non intentionnels

Présentation du domaine des traumatismes non intentionnels

Ce domaine regroupe l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent involontairement et qui dans la plupart des cas sont évitables.

Pour l'ensemble de la population, cette section identifie des activités à déployer visant à réduire les traumatismes routiers – véhicules hors route et véhicules à moteurs (utilisateurs de VTT, cyclistes et motoneigistes).

De plus, des activités au niveau du développement des communautés et des actions intersectorielles visant, notamment, la sécurité dans les municipalités, complètent cette section.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.3.1**

DOMAINE : Traumatismes non intentionnels

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers de véhicules hors route et des cyclistes.

ÉTAT DE SITUATION :

Les véhicules hors route

Le parc de véhicules hors route est en augmentation constante depuis une dizaine d'années. Les véhicules hors route sont surtout utilisés à des fins récréatives. Il s'agit ici de motoneiges et de véhicules tout terrain.

Au Québec, en 2001, on comptait 21 décès attribuables à l'utilisation des véhicules tout terrain et de nombreuses blessures graves. Pour les motoneiges, on compte, en moyenne annuellement, 25 décès reliés à l'utilisation de la motoneige. Quelque 120 accidents occasionnant des blessures graves ont été enregistrés pour l'année 2001.

Plus de 21 % des accidents de véhicules hors route impliquaient des conducteurs de 14 ans et moins. Ces accidents sont associés à l'inexpérience du conducteur, l'utilisation par un conducteur de 14 ans et moins, la circulation sur les emprises de la route, la circulation sur des lacs non suffisamment gelés, la présence d'alcool, la vitesse ainsi qu'au manque de surveillance policière. D'autres facteurs s'ajoutent pour les véhicules tout terrain : instabilité du véhicule car ils ne sont pas conçus pour transporter des passagers, la faible utilisation d'équipements protecteurs (casque, bottes) et le manque de lieux aménagés pour la pratique de cette activité de loisir.

Les cyclistes

En 1997-1998, au Québec, l'usage de la bicyclette est associé à 26 décès, 1 160 hospitalisations, et 14 000 blessures légères. Les moins de 20 ans cumulent 58 % de ces décès et 50 % de ces hospitalisations. En Estrie, on enregistre en moyenne 3 décès par année et 57 hospitalisations.

On note, qu'au Québec, les risques de décès et d'hospitalisations sont plus importants chez les cyclistes masculins et chez le groupe des 10-14 ans. Les blessures à la tête sont responsables de 59 % des décès (1997-1998) et 28 % des hospitalisations (1997-1999).

La plupart des décès de cyclistes (90 %) surviennent sur la voie publique, à la suite d'une collision avec un véhicule à moteur. Par contre, la majorité des hospitalisations (78 %) surviennent hors de la voie publique, sans la présence d'un véhicule à moteur. Selon les rapports de police, les collisions impliquant un cycliste et un véhicule à moteur résulteraient des facteurs suivants (du plus important au moins important) : « négligence » du cycliste, « inattention ou distraction » et « non respect du droit de passage ». Par contre, les hospitalisations résulteraient principalement d'une chute ou d'une perte de maîtrise de la bicyclette. D'autres facteurs de risque sont mentionnés dans la littérature soit : le manque de perceptibilité des cyclistes, le mauvais état des bicyclettes, le passage aux intersections et le fait de rouler dans le sens inverse de la circulation automobile.

Chez les cyclistes, le port du casque protecteur réduit d'au moins 40 % les risques de blessures mortelles ou graves à la tête, lors d'un accident impliquant un véhicule à moteur ou non. Au Québec, depuis 1995, le taux de port du casque de vélo plafonne autour de 25 %.

Dans le but de contrer les problèmes associés aux véhicules hors route, le ministère des Transports du Québec a proposé diverses interventions dont la sensibilisation à l'aménagement de sentiers dans sa Politique de sécurité dans les transports déposée en mai 2000. Pour des fins de prévention-promotion, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie assurera un suivi de l'implantation progressive des différentes mesures concernant l'alcool, l'aménagement des sentiers, la responsabilisation de la surveillance. Elle fera la promotion d'activités de renforcement du port d'équipements sécuritaires et de programmes pour réduire la conduite sous l'effet de l'alcool.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion de l'utilisation d'équipements de sécurité pour les motoneiges, les utilisateurs de VTT et les cyclistes						
• Promouvoir l'importance de placer la sécurité des motoneigistes, des utilisateurs de VTT et les cyclistes avant tous les autres critères lors des aménagements de sentiers : ➢ Formation des patrouilleurs cyclistes pour chacun des territoires ou réseaux de l'Estrie pour qu'ils assument des fonctions d'agents de promotion de la sécurité.	Nombre de patrouilleurs formés par territoire ou réseau.	→	→	→	**Régional**	5 000 $
➢ Formation des patrouilleurs motoneigistes pour chacun des territoires ou réseaux de l'Estrie pour qu'ils assument des fonctions d'agents de promotion de la sécurité.	Nombre de patrouilleurs formés par territoire ou réseau.			X		5 000 $
• Promouvoir le port du casque : ➢ Formation des patrouilleurs cyclistes et du personnel d'entretien des pistes.	Nombre de personnes formées par territoire ou réseau.	→	→	→	**Régional** (en collaboration avec le niveau municipal)	2 000 $
➢ Formation des patrouilleurs motoneigistes et du personnel d'entretien des pistes.	Nombre de personnes formées par territoire ou réseau. Nombre de clubs rejoints.			X		2 000 $
➢ Diffusion de matériel de promotion pour chacune des clientèles.	Quantité de matériel produit. Quantité de matériel distribué.			X		1 000 $

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

La formation annuelle des patrouilleurs et du personnel d'entretien des pistes devrait avoir une durée minimale d'une quinzaine d'heures et couvrir tous les aspects de base des soins immédiats et de la sécurité.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.3.2**

DOMAINE : Traumatismes non intentionnels

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire de 30 % le nombre de décès observés chez les usagers du réseau routier (véhicules à moteur).

ÉTAT DE SITUATION :

Au Québec, en 2000, les occupants de véhicules à moteur représentaient 71 % (541/765) des décès et 77 % (4079/5389) des blessés graves associés à une collision impliquant un véhicule à moteur[9]. La majorité des occupants décédés (81 %) ou blessés gravement (81 %) étaient dans une automobile au moment de l'accident : les camions légers représentaient 17 % des occupants décédés et 16 % des occupants blessés gravement, et les camions lourds, seulement 3 % et 2 % respectivement. Fait à noter, les véhicules lourds étaient impliqués dans 24 % des accidents mortels et 10 % des accidents avec victimes[9]. En Estrie, au cours de la période 1998-2000, les occupants de véhicules à moteur représentaient 74 % des décès et 81 % des blessés graves.

Par ailleurs, l'analyse des lieux de survenue des accidents montre que 62 % des décès se produisent sur les routes qui sont sous la responsabilité du ministère des Transports du Québec. De ce nombre, 39 % ont lieu sur des routes où la vitesse affichée est située entre 80 et 90 km/h. Les accidents avec blessés surviennent surtout sur le réseau routier municipal (52 %) alors que 34 % des accidents avec blessés graves se produisent sur des voies de 50 km/h, là où il y a généralement plus d'usagers vulnérables (piétons, cyclistes, patineurs à roues alignées, personnes âgées). Une analyse des données d'accidents de 1991 à 1999 produite par l'Institut national de santé publique du Québec montre que les régions rurales sont plus touchées par les traumatismes routiers. Ainsi, les régions présentant une forte ruralité se retrouvent en tête de peloton au chapitre des décès par véhicule à moteur. En Estrie, 60 % des accidents mortels surgissent sur ce genre de route.

Pour le réseau routier desservi par le ministère des Transports du Québec, les ressources consenties ont permis d'améliorer nos connaissances sur la fluidité de la circulation, les points critiques du réseau et les éléments de sécurité à améliorer. Cependant, compte tenu des limites que présentent les différentes sources de données existantes, on constate qu'il y a encore des lacunes dans nos connaissances du problème des traumatismes routiers. Ce constat est particulièrement évident dans le cas des accidents survenant sur le réseau routier municipal puisqu'il n'existe pas de système de collecte de données permettant de réaliser des analyses de sécurité pour ce réseau routier (études d'enjeux, diagnostics de sécurité).

Les blessures mortelles ou graves observées chez les occupants de véhicule à moteur sont associées à un grand nombre de facteurs de risque, mais environ les trois quart sont associés à l'un ou l'autre des facteurs suivants :

1. La conduite avec les capacités affaiblies par l'alcool : le risque d'être impliqué dans un accident mortel augmente au fur et à mesure que le taux d'alcoolémie augmente.
2. La vitesse excessive (dépassement des limites permises) : chaque augmentation de 5 km/h au-delà de la vitesse permise en milieu urbain double le risque d'être impliqué dans une collision avec dommages corporels.
3. Un aménagement routier déficient.
4. La non-utilisation d'un dispositif de retenue : l'usage d'une ceinture de sécurité réduit d'au moins 45 % le risque de décès et de blessures graves chez l'adulte lors d'une collision frontale.

Au Québec, plusieurs mesures reconnues efficaces sont sous exploitées ou non utilisées en regard des facteurs de risque précités. Rôle de la santé publique : à l'exemple des expériences européennes, le rôle de la santé publique à l'égard de ces clientèles en est un de mobilisation et de support des citoyens face à la nécessité de faire l'identification des problèmes de sécurité routière. Compte tenu de la spécificité des problèmes de sécurité vécus dans chaque milieu, les changements doivent se faire au niveau local et ne peuvent être rendus possibles que par une appropriation des problèmes de sécurité par la population et une participation de celle-ci au processus décisionnel local. À cet égard, les modèles de promotion de la sécurité, les concepts de villes sécuritaires ou l'approche de développement des communautés sont les stratégies d'actions efficaces à mettre en œuvre.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Collaboration à la définition et à la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections.						
• Formation des intervenants pour les habiliter à l'utilisation des outils d'identification des problèmes de sécurité routière, de promotion de la sécurité et de *l'Injury control*[2] adapté au contexte de la sécurité routière.	Nombre d'intervenants formés par MRC.		X		**Régional**	Voir financement prévu dans les traumatismes non intentionnels, développement des communautés et actions intersectorielles toute population (fiche 6.3.3)
• Mise en place d'un mécanisme de coordination local, en collaboration avec SAAQ, corps policier et municipalités, facilitant l'établissement des études d'enjeux, leur validation et leur appropriation.	Nombre de comités mis en place.		X		**Local**	
• Production et diffusion des études locales d'enjeux de sécurité routière à l'échelle des MRC en collaboration avec SAAQ, corps policier et municipalités.	Nombre d'études locales d'enjeux de sécurité routière par MRC.			X	**Local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Déjà dans les activités.

[2] Aménagement sécuritaire

CLIENTÈLE : Toute la population **6.3.3**

DOMAINE : Traumatismes non intentionnels

STRATÉGIES : Développement des communautés et actions intersectorielles

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Mise en place, dans tous les territoires de CLSC, d'un processus municipal d'amélioration de la sécurité.						
• Former les intervenants communautaires à la démarche et aux principales problématiques de sécurité.	Nombre de personnes formées.		X		**Régional**	1 000 $
• Informer et sensibiliser les municipalités au concept et aux problématiques de sécurité.	Nombre de municipalités rejointes.		X		**Local**	135 000 $ 2 ETC (interv. com.)
• Soutenir les municipalités à prendre un engagement clair en faveur de la sécurité.	Nombre de conseils municipaux ayant entériné une résolution en faveur de la sécurité.		X		**Local**	
• Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action.	Nombre de projets retenus.			X	**Local**	
• Évaluer les interventions.	Nombre de projets évalués.			X	**Local**	

Domaine 4
Maladies infectieuses

38-40

Présentation du domaine des maladies infectieuses

Certaines maladies infectieuses présentent un risque pour l'ensemble de la population, quel que soit l'âge des individus qui la composent. C'est notamment le cas pour la rage, les infections entériques, les infections nosocomiales (acquises en milieu hospitalier), la tuberculose, les zoonoses (infections transmises par les animaux), et quelques autres encore. Chacune de ces infections a donc fait l'objet d'une fiche distincte présentant les interventions de contrôle efficaces à maintenir ou à consolider. Les autres fiches traitent des systèmes de surveillance (couverture vaccinale, hémovigilance) et de gestion (produits immunisants) à consolider ou à développer pour le bénéfice de l'ensemble de la population.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.4.1**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : Protéger la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée due à une maladie infectieuse.

ÉTAT DE SITUATION :

Le chapitre XI de la Loi sur la santé publique donne des pouvoirs, notamment aux autorités de santé publique en cas de menace à la santé de la population. Le directeur de santé publique peut, entre autres, instituer des enquêtes épidémiologiques lorsqu'il reçoit une déclaration d'une infection ou d'une maladie à déclaration obligatoire, une déclaration d'une manifestation clinique inhabituelle à la suite d'une vaccination ou lors d'un signalement donné par les intervenants visés par la Loi. Le directeur a également un pouvoir d'ordonner afin d'empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, diminuer les effets de cette menace ou, idéalement, l'éliminer.

Toutes ces mesures de vigie sanitaire sont appliquées par le Service de protection de la santé publique de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie. Les enquêtes épidémiologiques, suite aux déclarations ou aux signalements faits principalement par les intervenants du réseau, sont réalisées par le personnel de ce service. Par contre, l'application des protocoles peut nécessiter la collaboration des intervenants du réseau, par exemple pour l'immunisation ou la chimioprophylaxie lorsque indiquées par les protocoles d'intervention, lesquels sont le plus souvent élaborés au niveau du MSSS.

Il est à souligner qu'avec la nouvelle Loi sur la santé publique, en plus du système de maladies à déclaration obligatoire, s'ajoute la notion de signalement aux autorités de santé publique. Le signalement interpelle maintenant aussi certains partenaires du milieu scolaire, du travail, etc., lesquels doivent porter à l'attention de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie toute situation où ils ont des motifs de croire qu'il existe une menace à la santé de la population. Il appartient ensuite à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie de déterminer la validité de cette information et d'estimer le risque réel pour la santé publique.

Enfin, dans les cas où le directeur de santé publique ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut, en vertu de l'article 97 de la Loi sur la santé publique, activer le Plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux. Le personnel ainsi mobilisé et placé ponctuellement sous l'autorité du directeur de santé publique, reçoit une formation accélérée afin de réaliser par la suite les interventions requises par la situation.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Application des lignes directrices relatives aux maladies évitables par l'immunisation et autres maladies à déclaration obligatoire, pour l'investigation des cas, la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions						
• Information aux intervenants du réseau de la santé des nouvelles réglementations.	100 % des intervenants du réseau de la santé auront reçu l'information quant à la nouvelle liste des maladies à déclaration obligatoire, et à leur obligation quant au signalement de menaces potentielles à la santé publique.	X			**Régional**	Budget régulier
• Développement du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux, tel que prévu au chapitre II de la Loi sur la santé publique.	Le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux sera développé.	X			**Régional** (investigation des cas) **Local** (collaboration, au besoin, pour la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions; signalement de menaces potentielles à la santé publique)	Budget régulier
• Réalisation des enquêtes épidémiologiques et application des protocoles d'intervention.	100 % des protocoles auront été appliqués lors des déclarations ou des signalements de maladies à déclaration obligatoire ou d'éclosions.	X →				
	100 % des vaccinateurs connaîtront la procédure de déclaration des manifestations cliniques inhabituelles suite à une vaccination.	X →				

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

Toute formation nécessaire dans le cadre de l'application du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.4.2**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire de 50 % (à 2,5/100 000 personnes) l'incidence moyenne des cas d'hépatite A.

ÉTAT DE SITUATION :

L'hépatite A est une infection du foie évitable par la vaccination depuis 1994. Elle est devenue rare au Québec suite à l'amélioration des conditions d'hygiène, notamment la qualité de l'eau potable, mais elle demeure fréquente dans la plupart des pays en voie de développement. La transmission du virus se fait par voie fécale-orale.

Au Québec, cette maladie est donc souvent acquise lors d'un voyage à l'étranger, mais en 1996 et en 1997, devant la recrudescence de cette infection dans la communauté gaie, d'importantes campagnes de vaccination préventives ont été réalisées auprès des jeunes hommes homosexuels. Parallèlement à ces campagnes, la vaccination postexposition, avec ou sans l'usage des traditionnelles immunoglobulines, est devenue la voie d'intervention privilégiée dans des contextes d'éclosion, notamment auprès des jeunes de la rue de différentes régions du Québec. Soulignons finalement que le vaccin contre l'hépatite A, administré seul ou combiné à celui de l'hépatite B, est offert gratuitement au Québec depuis 1999 aux personnes appartenant à certains groupes à risque (porteurs d'une hépatite chronique, hommes homosexuels, utilisateurs de drogues). La vaccination contre l'hépatite A est également indiquée pour tout voyageur, mais les frais ne sont pas assumés dans le cadre du programme de santé publique.

En Estrie[10], l'incidence moyenne annuelle de l'hépatite A, pour la période de 1996 à 2001, est de 1,8 cas par 100 000 personnes. Chez les résidants de l'Estrie ayant contracté l'hépatite A, les facteurs de risque d'acquisition sont répartis comme suit : voyage à l'étranger ou adoption internationale (38 %), relations homosexuelles (17 %), usage de drogues injectables ou contact avec un toxicomane (13 %), contact avec un cas confirmé (4 %), alors que 28 % n'avaient pas de facteurs de risque identifiables à l'histoire. Ci-joint, le nombre de doses de vaccins contre l'hépatite A, distribuées dans les 27 sites de vaccination en Estrie qui participent au programme de vaccination gratuite visant les groupes à risque mentionnés précédemment.

	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Vaccins contre l'hépatite A	244	232	270
Vaccins contre l'hépatite A et B	537	355	382

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Vaccination contre l'hépatite A des groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec* (Annexe A).	Nombre de doses de vaccins contre l'hépatite A distribuées pour l'immunisation des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le *Programme d'immunisation du Québec*.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier
• Vaccination contre l'hépatite A des voyageurs à risque se présentant à la Clinique santé-voyage, relevant actuellement du CLSC de Sherbrooke.	100 % des voyageurs à risque se présentant à la Clinique santé-voyage se verront offrir la vaccination contre l'hépatite A.	X	→	→	**Régional/local**	Auto-financement par la tarification des activités de la Clinique santé-voyage
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'hépatite A.	100 % des contacts de cas déclarés d'hépatite A auront fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
	Maintenir le nombre de nouveaux cas par an à moins de 7.	X	→	→		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels périodiques auprès des médecins et des infirmières des programmes de vaccination gratuite visant les groupes à risque.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.4.3**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir à zéro l'incidence annuelle de la rage en ce qui concerne les cas indigènes.

ÉTAT DE SITUATION :

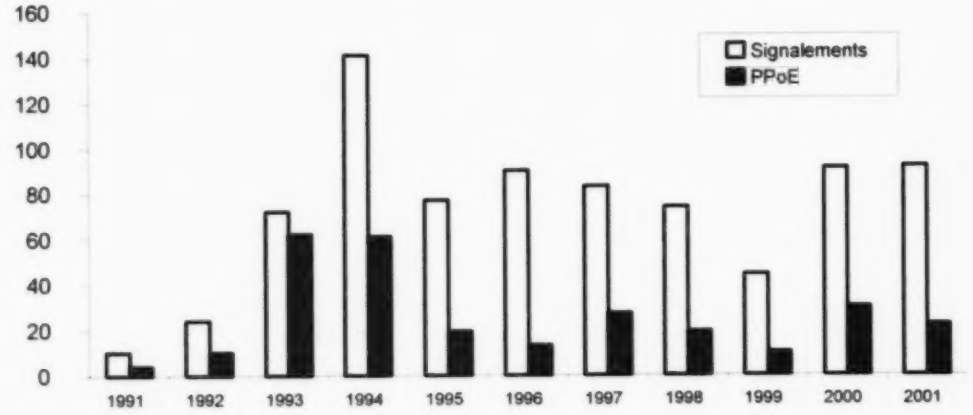
Bien que la rage humaine soit un phénomène rare, les conséquences de celle-ci sont toujours dramatiques. Le contrôle de la rage humaine passe d'abord par le contrôle de la rage chez les animaux (mammifères terrestres et chauves-souris). Au Québec, on ne retrouve que deux souches du virus de la rage : celle associée au renard et celle associée à la chauve-souris. La rage associée à la souche du renard, ou rage vulpine, est enzootique dans le nord-ouest de l'Outaouais et évolue de façon cyclique. La dernière épizootie de rage vulpine est survenue à la fin des années 80 et a affecté la région de l'Estrie de mars 1993 à décembre 1994.

La rage associée à la chauve-souris est pour sa part considérée comme enzootique dans tout le Québec, bien que probablement à de faibles niveaux. En septembre 2000, puis à nouveau à l'été 2001 en Estrie, on confirmait deux cas de rage chez une chauve-souris dans la MRC de la Région-Sherbrookoise. On se rappellera qu'à l'automne 2000, un premier cas de rage humaine depuis 1964 au Québec était déclaré suite à une exposition non reconnue à une chauve-souris. Comme la morsure de cet animal peut passer inaperçue et que les rares cas de rage humaine, documentés au Canada et aux États-Unis au cours des dernières décennies ont été associés le plus souvent à la souche de la chauve-souris, on recommande systématiquement la vaccination contre la rage lors de toute exposition jugée significative à une chauve-souris qui ne peut être capturée pour analyse.

Finalement, même si elle n'a pas encore été retrouvée au Québec, une autre souche du virus de la rage, celle du raton laveur, est sous haute surveillance au Québec à cause de l'épizootie qui sévit depuis plusieurs années aux États-Unis et qui a atteint le nord du Vermont en 1999, à 25 km au sud-est du lac Memphrémagog. En septembre 1999 et 2000 ainsi qu'en août 2001, des campagnes de vaccination animale par épandage aérien du vaccin oral animal contre la rage ont été réalisées sur le sud du territoire de l'Estrie et de la Montérégie en vue de créer une barrière immunologique, complémentaire à celle réalisée au Vermont. La nécessité de poursuivre cette opération est évaluée annuellement.

En 2001[11], nous avons reçu 92 signalements en lien avec une exposition potentielle à la rage animale. Les enquêtes à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et le suivi conjoint avec l'Association canadienne d'Inspection des aliments ont permis d'exclure tout risque de rage dans 83 % des cas. Pour 16 des signalements, on a dû recourir à une prophylaxie postexposition contre la rage, ce qui a totalisé 22 personnes pour l'année 2001 (plus d'une personne pouvant être impliquées lors d'un signalement). Le tableau de la page suivante présente l'évolution des signalements et des prophylaxies postexposition contre la rage administrées en Estrie, de 1991 à 2001.

Bilan des enquêtes et des recommandations de vaccination prophylaxie post-exposition (PPoE) suite à une exposition potentielle à la rage, Estrie 1991-2001



ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de morsure animale.	100 % des cas déclarés de morsure animale feront l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier
• Vaccination avant l'exposition à la rage humaine offerte aux personnes visées par le protocole d'intervention.	Nombre de personnes visées par le protocole d'intervention, vaccinées contre la rage.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier
Soutien des pratiques cliniques préventives						
• Transmission aux praticiens de première ligne de l'information concernant l'exposition au virus de la rage et promotion auprès d'eux des mesures préventives.	100 % des cas de rage animale en région seront portés à la connaissance des praticiens de première ligne, incluant Info-Santé.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée						
• Application des recommandations concernant l'épizootie de la rage chez le raton laveur, adaptées aux modes de transmission de cette maladie.	Maintien de la participation de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie au groupe scientifique multidisciplinaire provincial sur la rage du raton laveur.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappel périodique auprès des médecins et des infirmières de première ligne du programme de prévention contre la rage incluant les indications et les modalités de prophylaxie pré et postexposition.
- Informations pertinentes au personnel d'Info-Santé pour la gestion concernant la rage.

05

CLIENTÈLE : Toute population **6.4.4**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012, maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger.

ÉTAT DE SITUATION :

En Estrie, les voyageurs ont accès à la Clinique du Voyageur international depuis de nombreuses années. Au début, ce service spécialisé était offert au sein du Département de santé communautaire, devenu plus tard, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

Jusqu'en 1998, la Clinique relevait de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie. En avril 1998, la Clinique fut transférée au CLSC Gaston-Lessard (aujourd'hui CLSC de Sherbrooke). Cette décision s'inscrivait dans le mouvement massif de transfert des activités cliniques reliées à la santé des voyageurs vers le réseau des CLSC, et ce, dans presque toutes les régions du Québec. L'avènement des régies régionales a accéléré ce mouvement, amenant les directions de santé publique à concentrer leurs ressources vers l'expertise scientifique et la mise à jour régulière de la situation épidémiologique prévalant à l'étranger, alimentant quotidiennement les cliniques santé-voyage de leur territoire.

Lors du transfert, la Clinique du Voyageur international avait atteint l'autofinancement depuis deux années financières : 1996-1997 et 1997-1998.

Actuellement, la Clinique a pignon sur rue au sein du CLSC de Sherbrooke. Son achalandage varie selon les saisons. Les destinations soleil s'ajoutent aux destinations plus à risque particulièrement d'octobre à fin mars. Les plages horaires de la Clinique sont ajustées en conséquence. En période de pointe, la Clinique est ouverte 5 jours/semaine, alors que pendant la saison estivale, elle est ouverte de 3 à 4 jours/semaine.

Le tableau de la page suivante présente les données d'achalandage de la Clinique au cours des dernières années.

Nombre de personnes ayant fréquenté la Clinique du Voyageur international
Estrie, 1993-2001

Année	Nb de voyageurs	Nb de visites	Pourcentage destinations soleil	Pourcentage destinations à risque	Nb de vaccins
1993	2 012	4 209	50,1	49,9	7 647
1994	1 990	4 055	44,0	56,0	9 203
1995	1 594	3 971	25,8	74,2	8 054
1996	2 009	4 695	26,8	73,2	Non disp.
1997	1 932	4 427	30,6	69,4	7 234
1998	1 791	4 301	24,3	75,7	6 896
1999	1 564	3 582	14,3	85,7	5 623
2000	1 785	3 895	27,9	75,1	6 460
2001	1 446	3 495	14,0	86,0	5 521

En ce qui a trait à l'objectif de maintenir l'incidence moyenne annuelle des maladies infectieuses contractées à l'étranger, une attention particulière doit être accordée à deux maladies rapportées habituellement de l'étranger en sol québécois, soit la typhoïde et le paludisme (malaria).

- **Typhoïde** : Au Québec, de 1996 à 2001, le nombre de cas a varié de 11 à 13, soit une incidence de 0,1 à 0,2 par 100 000 personnes. En Estrie, un seul cas a été rapporté en 1996. La typhoïde est une maladie transmise par l'eau et les aliments et évitable par la vaccination.
- **Paludisme** : cette maladie, transmise par piqûre d'un moustique nommé *Anophèle*, tue plus de 2 millions d'individus par année à travers le monde, et ne peut encore être prévenue par une vaccination. Comme mesures préventives, il faut se protéger contre les piqûres de moustiques et utiliser de façon régulière une médication préventive. Le tableau suivant présente la situation épidémiologique du paludisme au Québec et en Estrie au cours des dernières années. En Estrie, les cas sont généralement des voyageurs ou des personnes originaires de zones endémiques.

Paludisme
Estrie, Québec, 1996-2001

	Estrie		Québec	
Année	Nb de cas	Taux d'incidence par 100 000 personnes	Nb de cas	Taux d'incidence par 100 000 personnes
1996	6	2,1 %	117	1,6 %
1997	6	2,1 %	156	2,1 %
1998	4	1,4 %	109	1,5 %
1999	4	1,4 %	98	1,3 %
2000	5	1,7 %	169	2,3 %
2001	15	5,1 %	180	2,4 %

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Vaccination						
• Promotion de la vaccination contre les maladies contractées à l'étranger (typhoïde, hépatite A, hépatite B, méningite à méningocoque, fièvre jaune, encéphalite japonaise, par exemple) auprès des voyageurs se rendant dans un pays en développement.	Maintenir le nombre des visites à la Clinique de santé-voyage en Estrie à 3 500.	X	→	→	**National** **Régional** **Local**	Auto-financement par la tarification des activités de la Clinique santé-voyage
	Maintenir le nombre des personnes ayant consulté à la Clinique santé voyage en Estrie à 1 400.	X	→	→		
Promotion des comportements préventifs						
• Promotion des comportements préventifs par la chimioprophylaxie et la transmission de conseils aux voyageurs.	Maintenir le nombre des vaccins administrés contre les maladies en lien avec le voyage à 5 500.	X	→	→		
• L'expertise de deuxième ligne fournie par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie sera maintenue.	100 % des demandes d'information sur la santé-voyage auront des réponses à l'intérieur de 2 journées ouvrables.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de maladies infectieuses contractées à l'étranger.	100 % des contacts de cas déclarés de maladies infectieuses contractées à l'étranger auront fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Congrès annuel provincial en santé-voyage.
- Journées de formation continue en vaccination, maladies infectieuses (Clubs de lecture et autres).
- Participation au comité consultatif québécois en santé-voyage.
- Consultation journalière de plusieurs ressources nationales et mondiales en santé-voyage, ce qui permet une mise à jour régulière du guide provincial d'intervention santé-voyage.

CLIENTÈLE : Toute la population

6.4.5

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, mettre en place un système d'information vaccinale.

ÉTAT DE SITUATION :

Tous les actes vaccinaux déclarés à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie par les médecins et les infirmières sont saisis quotidiennement dans « Logivac », notre système d'information régional sur la vaccination. En effet, la transmission des données de vaccination est une tradition bien ancrée en Estrie, chez les vaccinateurs, et elle a été formalisée en 1997, lors de la signature des ententes régionales de gestion des produits immunisants (circulaire 1996-016 du ministère de la Santé et des Services sociaux). La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie se charge, sur réception des bordereaux de vaccination, de l'informatisation de ces données ainsi que de la gestion du système d'information régional sur la vaccination, qui peut être consulté à distance par les CLSC de l'Estrie. Le système d'information régional sur la vaccination contient l'ensemble des données de vaccination disponibles chez les jeunes de l'Estrie qui sont nés depuis 1979.

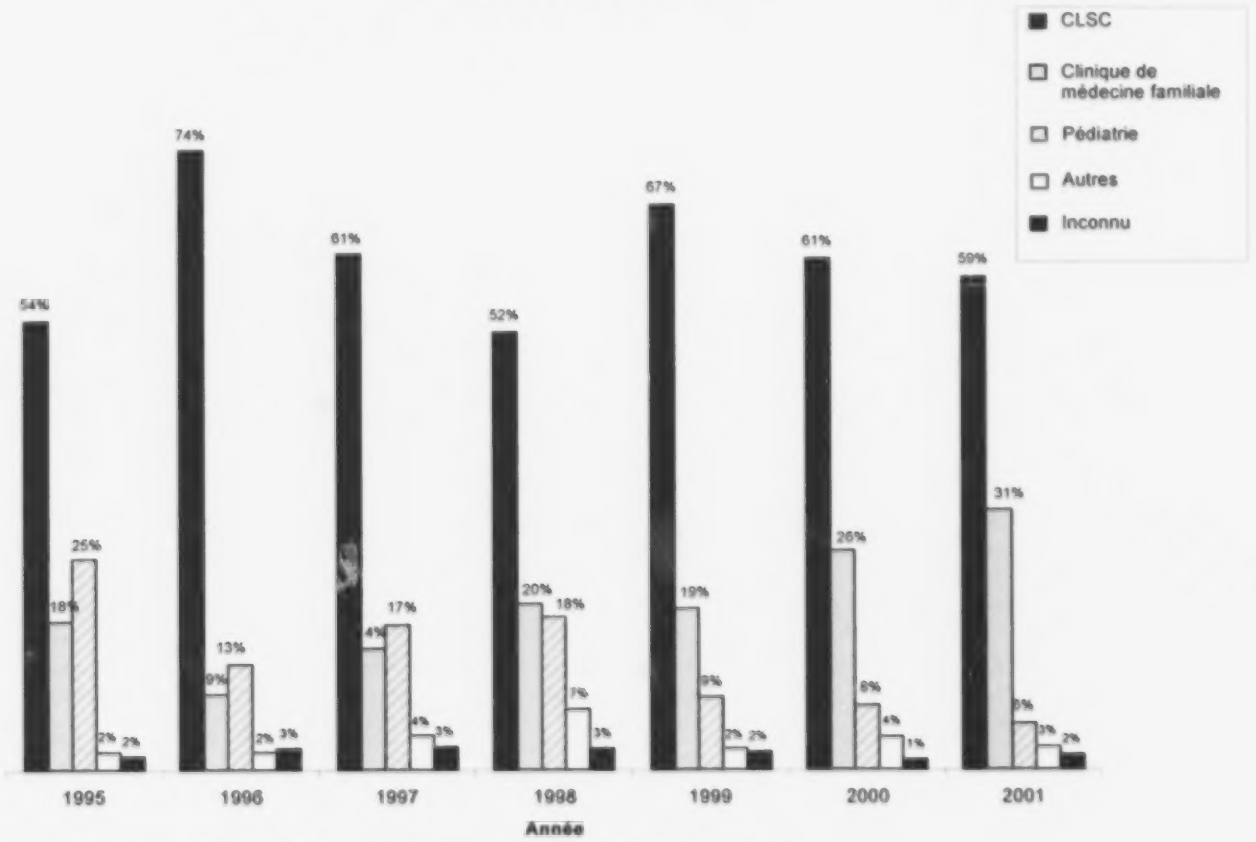
En plus d'informer les personnes vaccinées sur leur statut vaccinal individuel et de soutenir les interventions des vaccinateurs, les données du système d'information régional sur la vaccination servent à établir la couverture vaccinale contre les maladies qui font l'objet d'un programme universel d'immunisation au Québec. Le dénominateur de ce registre est constitué à partir des déclarations de naissance vivante sur le territoire de l'Estrie et nous permet la détermination de la couverture vaccinale à l'âge de 2 ans avec un bon degré d'exactitude. Pour les jeunes de la maternelle et en 3^{e} secondaire, des ententes avec les commissions scolaires ainsi qu'avec les établissements secondaires privés de l'Estrie nous permettent, lorsque les parents l'autorisent, au moment de l'inscription annuelle à l'école, d'avoir accès à des dénominateurs plus précis pour le calcul des couvertures vaccinales chez ces groupes d'âge.

Par ailleurs, nous informatisons depuis 1999 la totalité des actes vaccinaux qui nous sont déclarés chez des adultes. Même si nous ne pouvons générer de couverture vaccinale chez les personnes nées avant 1979 (absence de dénominateur de référence dans le système d'information régional sur la vaccination), ceci nous évite désormais l'inscription manuscrite au fichier-papier, qui existe depuis la création des unités sanitaires et qui est tenu à jour par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.

Finalement, les données enregistrées dans le système d'information régional sur la vaccination nous permettent de suivre le profil d'utilisation des produits immunisants administrés en Estrie, selon le type de vaccins et les lieux de vaccination.

La création d'un registre provincial de vaccination est prévu à la Loi sur la santé publique. Cependant, les modalités d'accès et de fonctionnement de ce registre ne sont pas encore déterminées.

Répartition des actes vaccinaux déclarés* à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie selon le type de pratique, 1995 à 2001



*à l'exclusion de la vaccination annuelle contre l'influenza et de la campagne de vaccination contre le méningocoque en 2001

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Mise en place d'un système d'information vaccinale afin que les personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique						
• Maintien du système actuel.	Le système régional sera maintenu.	X	→	→	**National** **Régional** **Local**	Budget régulier
	Si le Règlement d'application l'exige, des ententes seront signées avec les établissements avec mission CLSC pour formaliser la délégation de gestion des informations vaccinales.	X	→	→		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des nouveaux vaccinateurs.
- Mise à jour en vaccination.
- Rappels périodiques auprès des médecins et des infirmières des modalités de participation au système informatisé de vaccination régional.

CLIENTÈLE : Toute la population

6.4.6

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, mettre en place un système informatisé de gestion des produits immunisants, pour s'assurer de la qualité de ces produits.

ÉTAT DE SITUATION :

Les produits immunisants perdent de leur pouvoir protecteur lorsqu'ils sont soumis à des températures trop basses ou trop élevées. L'efficacité du programme d'immunisation est donc intimement liée à l'implantation des normes de gestion des produits immunisants par tous les vaccinateurs. Depuis 1999, des efforts significatifs ont été investis afin de surveiller la température de conservation des produits immunisants et diminuer la proportion des produits non utilisés et non utilisables chez tous les vaccinateurs du Québec.

Ainsi en Estrie, depuis 1999, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a mis en place différents outils afin de supporter les dépositaires locaux dans l'adoption des normes provinciales de gestion des produits immunisants :

1) monitorage lors des transports de plus d'une heure;
2) installation de thermomètres dans les frigos pour assurer la qualité des produits;
3) documents explicatifs concernant les normes et les procédures;
4) évaluation et suivi lors d'un bris de chaîne de froid;
5) formation régulière des vaccinateurs de la région par une infirmière de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie;
6) support-conseil aux vaccinateurs pour tout problème ou question concernant la vaccination et la gestion des produits immunisants.

Par ailleurs, au cours de l'année 2002, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie s'est dotée d'un nouveau dépôt régional situé à même ses locaux, afin d'assurer une meilleure gestion des produits immunisants. Les principaux avantages de ce dépôt régional sont :

1) un contrôle plus minutieux de l'inventaire;
2) un contrôle plus étroit des dates de péremption, résultant en une diminution des pertes;
3) un contrôle du transport vers les points de services, en misant sur la formation des transporteurs pour éviter les bris de chaîne de froid.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Mise en place d'un système informatisé de gestion des produits immunisants, pour s'assurer de la qualité de ces produits						
• Développement du système informatisé de gestion des produits immunisants.	Projet déposé du système informatisé de gestion des produits immunisants.		X		**National** (développement d'un système informatisé de gestion des produits immunisants)	Budget régulier + Financement spécifique à préciser pour l'implantation et l'opération du système informatisé, selon le modèle retenu (intégration dans les systèmes existants vs système indépendant exigeant sa propre infrastructure)
• Implantation du système informatisé de gestion des produits immunisants, développé par le MSSS.	Système en place.			X	**Régional/local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Rencontre annuelle des répondants régionaux en gestion des produits immunisants avec le groupe de travail MSSS.
- Formations données régulièrement aux vaccinateurs de la région.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.4.7**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012, maintenir les services essentiels en cas de pandémie d'influenza.

ÉTAT DE SITUATION :

Trois ou quatre fois par siècle, le virus de l'influenza de type A subit une mutation génétique majeure et une nouvelle souche du virus apparaît alors soudainement. Parce que cette souche est totalement différente, l'immunité que les gens ont développée contre l'influenza s'avère alors inefficace. Chaque personne est susceptible d'être infectée par la nouvelle souche, et les individus plus vulnérables présentent un risque élevé de développer les complications graves que peut causer l'infection, telle que la pneumonie. En pareil cas, le virus se propage rapidement et cause une épidémie mondiale que l'on appelle pandémie. Au cours du 20e siècle, trois pandémies sont survenues, la première en 1918-1919, la deuxième en 1957-1958 et la dernière en 1968-1969. On ne peut prédire à quel moment se produira une pandémie, mais la plupart des experts s'entendent sur le fait que la prochaine pandémie risque de frapper au cours des 5 à 10 prochaines années.

Selon les connaissances acquises lors des deux plus récentes pandémies d'influenza, il est estimé que le virus d'une pandémie d'influenza pourrait atteindre le Canada dans les 3 mois suivant sa détection dans n'importe quel pays, et que sa virulence toucherait un sommet dans les 5 à 7 mois suivants au sein de la population canadienne. Selon les différents scénarios envisagés, une telle pandémie pourrait causer entre 9 000 et 51 000 décès au Canada si un vaccin n'était pas disponible, et entraîner également une grave pénurie de lits dans les hôpitaux.

Il n'existe aucun moyen de prévenir l'apparition d'une nouvelle souche de virus causée par une mutation génétique majeure. Il existe cependant quelques moyens pour amoindrir les répercussions d'une pandémie, plus précisément pour diminuer le nombre de décès et les impacts sur le réseau de la santé. En collaboration avec Santé Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux, le MSSS œuvre actuellement à l'élaboration d'un plan de mesures d'urgence qui fournira les éléments de base à chaque palier de gouvernement et à chaque instance décisionnelle, afin que tous puissent agir de façon collective et ainsi coordonner les mesures à mettre sur pied dans le cas d'une pandémie d'influenza.

Le développement rapide d'un vaccin approprié, la production d'un nombre suffisant de doses et l'immunisation des populations sont les éléments-clés d'une stratégie permettant de minimiser les conséquences d'une éventuelle pandémie. L'élargissement progressif des clientèles visées par la vaccination annuelle contribue aussi à améliorer la réponse à une éventuelle pandémie, en développant la capacité de production de vaccins au Canada.

Lorsque ce plan de mesures d'urgence sera élaboré, le réseau de la santé sera sollicité afin de l'actualiser au niveau provincial, régional et local.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée						
• Élaboration d'un plan d'urgence québécois en cas de pandémie d'influenza.	Le plan d'urgence québécois en cas de pandémie d'influenza sera élaboré.		X		**National**	Budget Régulier + Financement annoncé dans le plan d'urgence, le cas échéant
• Actualisation régionale et locale du plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza.	Le plan d'urgence québécois en cas de pandémie d'influenza sera actualisé au niveau régional et local.			X	**Régional/local**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Activités de formation du réseau de la santé tenues par le MSSS et les directions régionales de santé publique, selon ce qui sera établi dans le plan d'urgence québécois.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.4.8**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2012 :

- **réduire l'incidence annuelle de l'infection par le VIH et par le Virus de l'hépatite C.**
- **réduire la proportion de personnes infectées par l'hépatite C qui développent une cirrhose du foie.**

ÉTAT DE SITUATION :

Sida

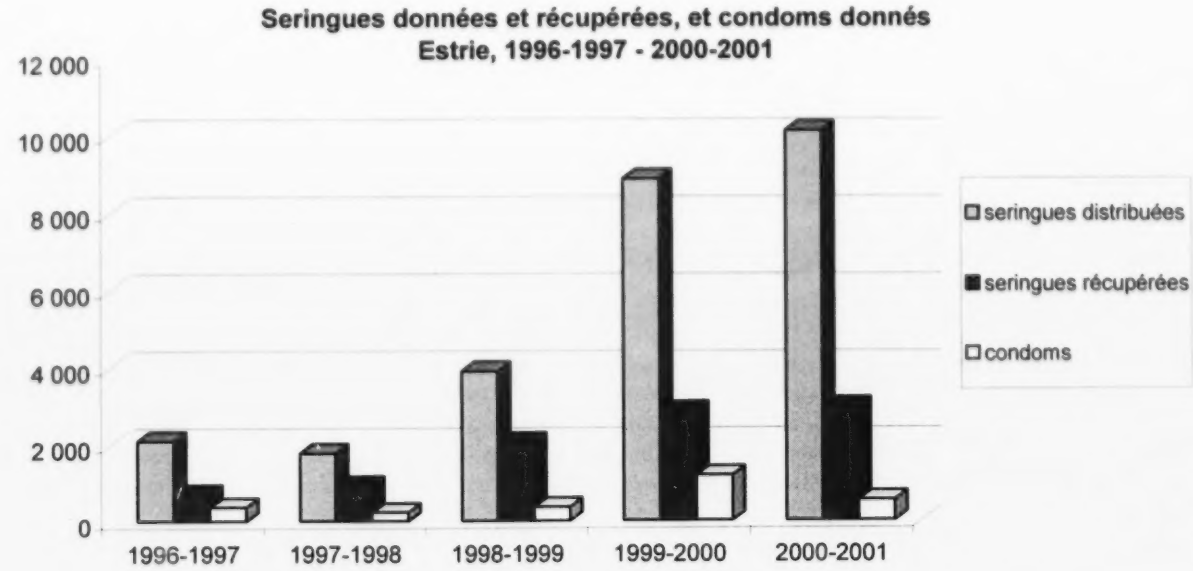
Au 30 juin 2002, un total de 5 943 cas de sida ont été déclarés au Québec depuis le début de l'épidémie. En Estrie[12], entre 1979 et 2002, 61 cas de sida ont été déclarés. Les personnes le plus touchées par le sida sont les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes originaires de pays ou l'infection est endémique et les utilisateurs de drogues par injection. Chez les utilisateurs de drogues par injection, les principaux facteurs de risque liés à la prévalence du VIH sont l'injection avec des seringues utilisées par d'autres, la durée de la consommation par injection et le fait de s'injecter principalement de la cocaïne. En vue de contrer l'épidémie de VIH qui résulterait du partage du matériel d'injection, le Québec a mis en place, dès 1989, une structure d'accès aux seringues pour les toxicomanes qui font usage de drogues par injection.

Hépatite C

Autour de 40 000 personnes sont affectées par l'hépatite C, une infection virale principalement transmissible par le sang et qui peut mener au développement progressif d'une cirrhose ou d'un cancer du foie. En Estrie[10], de 1997 à 2001, un total de 501 personnes séropositives pour le VHC sont déclarées. La majorité des nouveaux cas surviennent chez les consommateurs de drogues par injection. Après 6 à 12 mois d'initiation à l'injection, plus de 60 % des utilisateurs de drogues par injection sont séropositifs pour le VHC, et 90 % le sont après 5 ans d'usage de drogues injectables.

Récupération des seringues dans l'environnement

La question de la récupération des seringues dans l'environnement est centrale dans la mise en place des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection; la récupération sécuritaire demeure donc une priorité. Le graphique de la page suivante donne une estimation du nombre de seringues récupérées : le nombre exact de seringues est difficile à évaluer dans la mesure où les seringues ne sont pas rapportées à chaque visite et qu'elles sont souvent rapportées en grand nombre dans des contenants divers.



En juin 2001, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a procédé à une campagne régionale de sensibilisation sur la conduite à tenir lorsqu'une seringue est trouvée dans l'environnement. L'affiche *Si tu trouves des seringues... n'y touche pas*, s'adressant aux enfants, a été distribuée aux centres de la petite enfance, aux écoles primaires et secondaires, aux organismes communautaires impliqués auprès des jeunes, aux sites d'échange de seringues et pharmacies participantes, et aux municipalités (maires ou responsables des parcs).

Parallèlement à cette campagne de prévention, les intervenants impliqués dans la distribution de matériel d'injection stérile ont été incités à poursuivre et à accroître leur contribution auprès des utilisateurs de drogues injectables, afin de récupérer les seringues souillées et ainsi diminuer le risque de blessure accidentelle pour la population. Info-Santé CLSC a été avisée des consignes à donner lors d'un appel pour une seringue trouvée dans l'environnement. Les différents corps policiers de la région ont été contactés afin de s'assurer qu'ils répondraient aux demandes éventuelles de la population pour ramasser des seringues trouvées dans l'environnement.

Enfin, un budget a été attribué au Centre régional de prévention et de dépistage anonyme du VIH en Estrie[13], qui gère le *programme« Les UDI ont la piqûre »* (Annexe B), afin de s'assurer qu'au moins un CLSC par MRC dispose de contenants de récupération plus volumineux pouvant accepter les divers contenants de récupération.

Panier de services VIH/sida VHC-ITS

En juin 2001, le document québécois d'orientations intitulé *Les services de dépistage anonyme — Vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales* a été transmis aux intervenants engagés dans la lutte contre le VIH/sida, et plus spécifiquement ceux impliqués dans le dépistage du VIH. Le virage qui est préconisé dans ce document concerne, entre autres, l'organisation et le fonctionnement des services intégrés de dépistage du VIH, des infections transmissibles sexuellement (ITS) et des hépatites virales A, B et C.

Disponibilité des « kits » de prophylaxie postexposition (VIH) dans les établissements de santé de l'Estrie

En 1999, le MSSS a produit un guide intitulé *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*. Ces recommandations s'appliquent aussi dans certaines circonstances apparentées, telle celle où un individu se piquerait avec une seringue trouvée dans un parc. Elles visent l'évaluation de l'exposition accidentelle face aux virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH.

Actuellement, le CHUS (Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu), le Carrefour santé du Granit, le Centre de santé Memphrémagog et l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Argyll et Youville : pour leur personnel seulement), le Centre de santé de la MRC de Coaticook et le Carrefour de la Santé et des Services sociaux du Val Saint-François (pavillon Windsor) possèdent déjà ces trousses. Des démarches seront faites dans ce sens pour l'urgence du Centre de santé de la MRC d'Asbestos. La possibilité de rendre disponible une trousse au CLSC de Sherbrooke est aussi envisagée.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Prévention des infections par le VIH/sida, le VHC et les infections transmissibles sexuellement (ITS) auprès des groupes vulnérables parmi les adolescents et les adultes						
• Intervention de récupération de seringues à la traîne (Hépatite B, VHC, VIH).	100 % des sites d'échange de seringues du réseau de la santé (CLSC, salles d'urgence) bénéficieront d'équipements de récupération de seringues.		X	→	**Régional/local**	Budget Régulier + Financement spécifique pour certaines activités ciblées par le MSSS
• Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, des ITS et du VHC.	Implantation d'un premier site de services intégrés VIH/sida-VHC-ITS en Estrie.			X		
• Implantation d'un réseau d'accès à la prophylaxie postexposition (VIH).	100 % des salles d'urgence ouvertes 24 heures sur 24 pourront offrir la trousse de départ pour la prophylaxie postexposition au VIH.		X	→		
• Intervention de prévention auprès des partenaires d'une personne qui a contracté le VIH, sur demande du médecin traitant.	Sur demande du médecin traitant, 100 % des partenaires d'une personne qui a contracté le VIH feront l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'hépatite C.	100 % des cas déclarés d'hépatite C auront fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Services intégrés de dépistage : une formation provinciale de formateurs est prévue à l'automne 2003. Un ou deux intervenants du Centre régional de prévention et de dépistage anonyme du VIH seront sollicités pour assister à cette formation. Par la suite, les intervenants des autres CLSC qui font du dépistage et de la vaccination des clientèles vulnérables devront être formés; ces formations s'échelonneront jusqu'en avril 2004 et devraient durer de ½ à 1 journée chacune.
- Postexposition accidentelle au sang et autres liquides biologiques : une formation des infirmières affectées au triage, leur permettant de bien évaluer l'urgence d'une prophylaxie, devra être prévue. Plusieurs médecins ont suivi une formation sur la postexposition professionnelle : une autre formation devra être prévue pour ceux qui n'auraient pas suivi la première formation.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.4.9**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF :

D'ici 2007, réduire l'incidence des problèmes liés aux infections transmissibles sexuellement, soit :
- **réduire à moins de 50 cas pour 100 000 personnes le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis*;**
- **réduire de 50 % le taux d'infection annuel à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 15 à 24 ans;**
- **maintenir l'incidence globale annuelle de syphilis récente (infectieuse) sous le seuil de l'élimination (à moins de 0,2 cas sur 100 000 personnes);**
- **maintenir sous le seuil de l'élimination l'incidence annuelle des infections bactériennes rares transmissibles sexuellement.**

D'ici 2012, réduire l'incidence des problèmes liés aux infections transmissibles sexuellement, soit :
- **réduire les infections à *Neisseria gonorrhoeae* jusque sous le seuil d'élimination;**
- **réduire à moins de 10 pour 1 000 la fréquence des complications (grossesses ectopiques) de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique;**
- **réduire l'incidence annuelle des infections virales transmissibles sexuellement.**

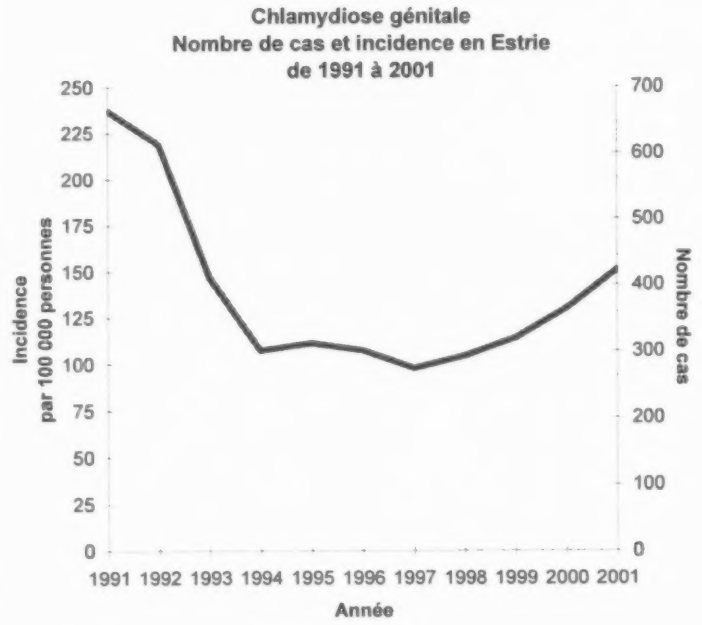
ÉTAT DE SITUATION :

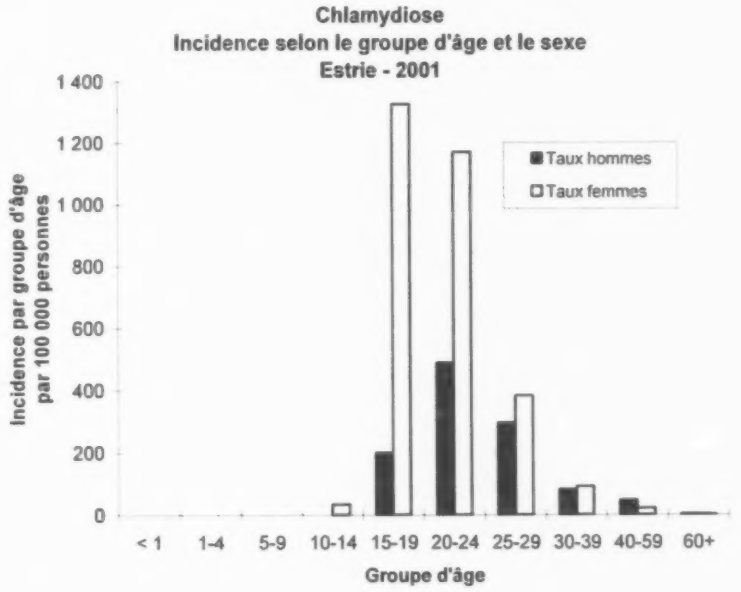
Infections à *Chlamydia trachomatis*

En Estrie, les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent plus de 40 % des maladies à déclaration obligatoire, et l'infection à *Chlamydia trachomatis* représente autour de 90 % des infections transmissibles sexuellement étant des maladies à déclaration obligatoire. Alors qu'une diminution constante des infections transmissibles sexuellement d'étiologie bactérienne s'était poursuivie jusque vers la fin des années 1990, une hausse d'incidence est observée depuis les années 1997 et 1998. Cette hausse est aussi observée au niveau provincial.

Toujours en Estrie, après une diminution de l'incidence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* de 59 % entre 1990 et 1997, une augmentation presque du même ordre, soit de 58 %, a été observée entre 1997 et 2001. Ainsi pour cette même période, le nombre de cas annuels est passé de 278 à 440 cas et le taux pour 100 000 personnes est passé de 97 à 151. L'utilisation de nouvelles techniques de détection plus acceptables et plus sensibles explique peut-être en partie cette augmentation. Toutefois, on ne peut exclure une augmentation réelle de l'incidence, dans un contexte où il est reconnu que l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires sont loin d'être acquis chez les adolescents et les jeunes adultes.

D'année en année, les femmes constituent 70 % du total des cas déclarés de cette infection. Les groupes d'âge des 15-24 ans constituent environ 70 % des cas déclarés et demeurent ceux qui ont les taux d'incidence les plus élevés. En 2001, ces taux sont respectivement de 749 et 821 par 100 000 personnes dans les groupes d'âge « 15-19 ans » et « 20-24 ans ». Les femmes de ces mêmes groupes d'âge ont des taux d'incidence les plus élevés de tous. Ainsi, ces taux, chez les femmes âgées de 15-19 ans et de 20-24 ans, sont respectivement de 1 325 et de 1 170 par 100 000 personnes. Enfin, il faut retourner en 1993, tant au niveau régional que provincial, pour retrouver des taux d'incidence du même ordre chez les femmes de ces groupes d'âge.





Chlamydiose génitale
Estrie, 1999-2001

MRC ou territoire équivalent	Nb annuel moyen	Incidence moyenne par an/pour 100 000 personnes
MRC du Granit	11	51,7
MRC d'Asbestos	12	77,9
MRC du Haut-Saint-François	11	47,7
MRC du Val-Saint-François	26	91,3
MRC de Coaticook	9	56,7
MRC de Memphrémagog	30	71,9
Ville de Sherbrooke	217	150,7
Inconnu	68	
Ensemble de l'Estrie	*381*	*131,3*

Syphilis infectieuse

La syphilis infectieuse est peu fréquente dans nos statistiques régionales. Pour la période 1997-2001, 6 cas ont été documentés, soit 2 cas en 1997, 2 cas en 1998 et 2 cas en 2001. Un seul de ces 6 cas consistait en une syphilis infectieuse (récente), soit de stade secondaire. Les autres cas étaient des cas de syphilis non infectieuse (ancienne), soit au stade de syphilis latente tardive ou tertiaire. Notre région n'est ainsi pas encore touchée par l'augmentation des cas de syphilis mais une éclosion de cette infection est en cours dans la région de Montréal depuis l'automne 2000. Cette éclosion touche presque exclusivement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Les hommes homosexuels devront dorénavant faire l'objet d'un dépistage systématique pour cette infection.

Infections gonococciques

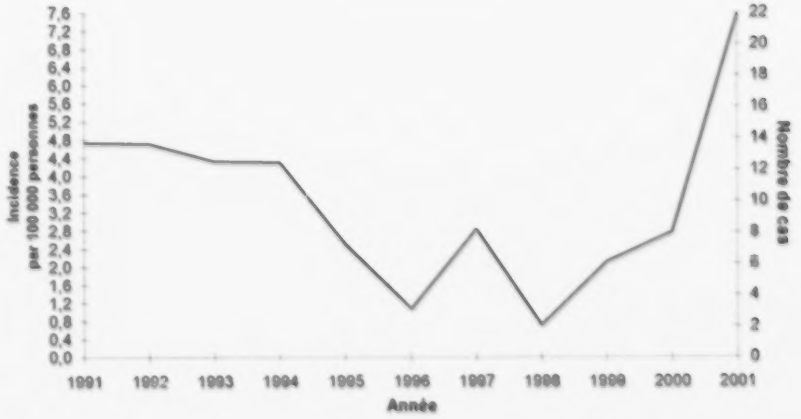
Au Québec, entre 1984 et 1998, le taux d'incidence de l'infection gonococcique est passé de 105,6 cas par 100 000 personnes à 6,6 cas par 100 000 personnes soit une réduction de 94 %. L'élimination de la transmission locale de l'infection gonococcique a alors été retenue comme objectif à atteindre. Toutefois, une hausse du taux d'incidence de 63 % (de 6,6 à 10,8) est observée entre 1998 et 2001. Ceci se traduit par une augmentation du nombre de cas déclarés de 495 en 1998 à 831 en 2001. Si l'atteinte de l'objectif d'élimination de la transmission locale de la gonorrhée apparaissait possible en 1998, cela est moins évident à l'heure actuelle

Cette hausse troublante de l'incidence de l'infection gonococcique concerne surtout les hommes (une hausse de 74 % entre 1998 et 2001), mais aussi les femmes (hausse de 40 % pour la même période). D'ailleurs, 80 % des infections gonococciques déclarées touchent des hommes. Parmi les cas d'infection gonococcique chez les hommes, la proportion d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes est beaucoup plus élevée dans la région de Montréal (71 %) que dans le reste du Québec (42 %). La région de Montréal-Centre est particulièrement touchée et on y retrouve 68 % de l'ensemble des cas du Québec : le taux d'incidence y est presque trois fois celui de l'ensemble du Québec (30,2 versus 10,8). Toutes les autres régions ont des taux d'incidence inférieurs à ceux du Québec, sauf les régions de Nunavik et Terres Cries Baie James où les taux sont très élevés.

En Estrie, la chute drastique de l'incidence de l'infection gonococcique a eu lieu entre 1986 et 1989, années entre lesquelles le nombre de cas annuels est passé de 280 à 44 cas. Le taux pour 100 000 personnes passait ainsi de 109 à 17. Entre 1990 et 2000, la situation est demeurée stationnaire, le nombre de cas annuels se situant entre 2 et 13 cas. En 2001, 22 cas ont été déclarés, dont une éclosion d'une quinzaine de cas en novembre et décembre 2001. Un contexte de prostitution fut à l'origine de cette éclosion.

Pour la période 1997-2001, 37 cas ont été déclarés chez les hommes et 9 cas chez les femmes. Ainsi, l'Estrie rejoint les statistiques provinciales avec un pourcentage de 80 % touchant les hommes. L'infection gonococcique se distribue parmi tous les groupes d'âge et survient nettement plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Pour l'année 2001, le taux par 100 000 personnes le plus élevé est de 22 et concerne le groupe d'âge « 30-39 ans », ce qui correspond à neuf cas. Pour cette même année le taux global est de 8 par 100 000 personnes.

Gonorrhée
Nombre de cas et incidence en Estrie
de 1991 à 2001



Il n'existe pas de système québécois de surveillance systématique des complications dues aux infections transmissibles sexuellement. Cependant, certaines données sont compilées sur les grossesses ectopiques. Même si l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* ne sont pas les seules causes de ce problème, il demeure qu'elles y contribuent largement.

Grossesses ectopiques chez les 15 à 44 ans
Estrie, Québec, 1995-1998

Année	Estrie		Québec	
	Nb de grossesses ectopiques	Incidence par 1 000 grossesses	Nb de grossesses ectopiques	Incidence par 1 000 grossesses
1995	58	13,4	1 474	11,9
1996	48	11,0	1 371	11,2
1997	39	9,2	1 321	11,2
1998	46	11,2	1 182	10,4

Source : Analyse des cas de chlamydiose, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec par année civile, 1995-1999, MSSS, *octobre 2000*

Infections bactériennes rares

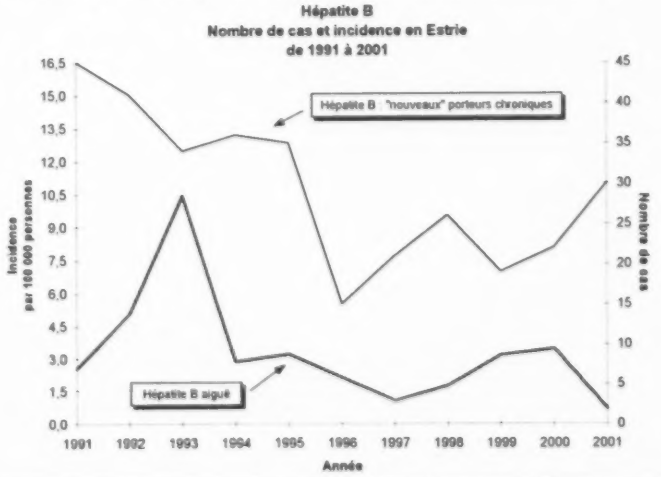
Le cancer du col (le virus du papillome humain est détecté dans la presque totalité des cas de cancer du col de l'utérus), l'infertilité tubaire, l'atteinte inflammatoire pelvienne sont d'autres complications dues aux infections transmissibles sexuellement ayant une morbidité importante. Enfin, il est de plus en plus reconnu que la présence d'une infection transmissible sexuellement est un facteur qui augmente de façon significative le risque de transmission de l'infection au VIH.

Les infections bactériennes rares transmissibles sexuellement (chancre mou, lymphogranulome vénérien et granulome inguinal) sont elles aussi absentes des statistiques régionales pour tous les groupes d'âge. Elles sont effectivement très peu fréquentes, car les données pour tout le Québec révèlent : qu'un seul cas de chancre mou a été déclaré dans la région de Québec en 1996; qu'aucun cas de granulome inguinal n'a été rapporté au Québec entre 1996 et 2000; et que 2 cas de lymphogranulomatose vénérienne ont été signalés, l'un en 1996 et l'autre en 1997.

Enfin, en ce qui concerne les infections transmissibles sexuellement virales, tous les experts s'entendent : même si elles ne font pas l'objet d'une surveillance systématique, les infections transmissibles sexuellement virales comme l'herpès génital et les infections au virus du papillome humain sont encore plus fréquentes que les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Il n'existe pas de véritable traitement curatif de ces infections qui sont transmissibles même en l'absence de symptômes; aussi, le réservoir de l'infection augmente-t-il progressivement. La fréquence de ces infections transmissibles sexuellement virales a fait l'objet de peu d'enquêtes statistiques au Canada. Il n'y a pas de statistiques régionales disponibles tant en ce qui concerne les infections transmissibles sexuellement virales, ni d'ailleurs concernant les complications des infections transmissibles sexuellement.

Hépatite B

Depuis 1996, en Estrie, les pics d'incidence de l'hépatite B aiguë sont réduits. Entre 1996 et 2000, en moyenne 6 nouveaux cas d'hépatite B sont survenus par an. Avec cette baisse de l'incidence, le taux de porteurs chroniques devraient lui aussi baisser lors des prochaines années.



Système de surveillance

Une surveillance régionale des cas annuels déclarés infections transmissibles sexuellement/maladie à déclaration obligatoire est effectuée. L'utilisation des tests de détection des infections transmissibles sexuellement/maladie à déclaration obligatoire et des taux de positivité de ces tests font aussi l'objet d'une surveillance afin d'optimiser l'usage de ces tests. Un rapport est produit et diffusé annuellement aux intervenants concernés.

En Estrie, nous procédons aussi à une collecte informatisée des données d'enquête épidémiologique auprès des personnes infectées et leurs partenaires sexuels depuis 1999. Ces données sont analysées annuellement et permettent d'évaluer le nombre et le type d'interventions effectuées, le profil de la clientèle quant à leur âge, leur sexe ou leurs comportements à risque, et le nombre de médecins avec qui des ententes permanentes sont établies pour les fins de notification des partenaires sexuels des personnes infectées.

Enfin, un *État de situation sur les services de dépistage des* infections transmissibles sexuellement, *de vaccination contre les hépatites et de notification aux partenaires, auprès des personnes à risque élevé de la région 05* a été effectué au cours de l'année 2001.

Système régional de notification des partenaires

Un programme de recherche des contacts des cas d'infections transmissibles sexuellement a été implanté en Estrie en 1994. Depuis cette période, tous les cas d'infection gonococcique, tous les cas de syphilis et les cas d'infections transmissibles sexuellement rares, font l'objet d'une enquête épidémiologique systématique (sauf pour quelques rares exceptions). Certains cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* font aussi l'objet du même type d'enquête, notamment les personnes présentant des infections transmissibles sexuellement à répétition, les personnes âgées de 19 ans ou moins, de même que sur demande du médecin traitant.

Ce service d'intervention préventive, auprès des personnes infectées par une infections transmissibles sexuellement et de leurs partenaires sexuels, respecte la relation de confiance médecin-patient dans le contexte sensible du diagnostic d'une infection transmissible sexuellement, et respecte également l'opinion du médecin traitant quant à la pertinence d'une intervention directe de santé publique auprès du cas-index. Toutefois, si une situation particulière justifie quand même une intervention de santé publique, toutes les mesures raisonnables sont prises pour que le médecin soit préalablement avisé de la démarche et des raisons qui la justifient.

Prescriptions d'antibiotiques gratuits pour traiter les infections transmissibles sexuellement en Estrie

Le programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement existe depuis avril 1992. Le dernier rapport d'évaluation de ce programme porte sur les années 1996 à 2000. Le nombre d'ordonnances rédigées et le nombre de bénéficiaires du programme a légèrement diminué. Entre 1996 et 2000, le nombre d'ordonnances annuelles est passé de 1 324 à 1 259 et le nombre de bénéficiaires de 842 à 771. Globalement, il y a 2,4 fois plus d'individus qui ont bénéficié de ce Programme que le nombre de cas déclarés d'ITS-MADO (chlamydiose, gonorrhée et syphilis). Toutefois, depuis 1997, le rapport entre le nombre de personnes traitées et le nombre de cas déclarés tend à diminuer.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Prévention des infections par le VIH/sida, le VHC et les ITS auprès des groupes vulnérables parmi les adolescents et les adultes						
• Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, des ITS et du VHC.	Un premier site de services intégrés VIH/sida-VHC-ITS sera implanté en Estrie.			X	**Régional/local**	Budget régulier + Financement spécifique pour certaines activités ciblées par le MSSS
• Facilitation de l'accès à la gratuité des médicaments pour traiter les ITS.	Le programme de gratuité sera connu de 100 % des médecins prescripteurs.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
	L'ensemble des traitements prescrits en Estrie seront conformes aux lignes directrices canadiennes sur le traitement des ITS			X		

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de syphilis, d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection à *Neisseria gonorrhoeae*	100 % des cas déclarés de syphilis et d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* auront fait l'objet d'une offre d'intervention appropriée de santé publique	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
	100 % des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* pour lesquels le médecin a fait une demande d'intervention auprès du cas auront fait l'objet d'une offre d'intervention appropriée de santé publique	X	→	→		
• Intensification de l'intervention de prévention auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS.	Dans le cas d'une personne qui a fait l'objet d'une intervention appropriée de santé publique et qui choisit de ne pas informer ses partenaires, ceux-ci feront l'objet de la même offre d'intervention.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier (intervention de base) + 15 000 $/an (intensi-fication)

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Diffusion de documents ou dépliants portant sur les infections transmissibles sexuellement.
- Mise à jour périodique auprès des omnipraticiens et autres intervenants des infections transmissibles sexuellement, des connaissances en matière de dépistage, de lignes directrices de traitement et d'intervention préventive auprès des personnes infectées et leurs partenaires sexuels.
- Formation du personnel d'Info-Santé en matière d'infections transmissibles sexuellement (prévue en 2004). Cette formation sera livrée à la manière des autres programmes du Centre québécois de coordination sur le sida. Un professionnel du MSSS fera une tournée provinciale appuyé d'une ressource médicale de chaque direction de santé publique.

CLIENTÈLE : Toute la population

6.4.10

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, implanter les recommandations québécoises relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du Nil occidental.

ÉTAT DE SITUATION :

Le virus du Nil occidental a fait son apparition en Ouganda, en 1937. Il s'est manifesté en Amérique du Nord, pour la première fois, en 1999, à New York. Il a continué de s'y étendre depuis lors. En 2002, le virus du Nil a été détecté dans 44 états américains et cinq provinces canadiennes. Il a entraîné 274 décès parmi les 4 200 personnes infectées aux États-Unis. Au Canada, 315 cas humains ont été confirmés incluant 17 décès. Les provinces où le virus du Nil a été détecté sont le Québec, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan et le Manitoba.

Au Québec, le virus a fait son apparition à l'été 2002. À la fin de la saison 2002, l'infection avait été identifiée chez 139 oiseaux et 50 groupes de moustiques. Pour ce qui est des cas humains, 19 personnes ont été infectées au Québec en 2002 et 2 personnes en sont décédées. En Estrie, 4 oiseaux atteints du virus du Nil occidental ont été retrouvés durant la saison 2002, mais à la fin de la saison, aucun groupe de moustique ni aucun cas humain n'avait encore été rapporté pour l'ensemble de la région.

Rappelons ici que le virus du Nil se transmet à l'homme par la piqûre d'un moustique, du genre *Culex*, qui s'est contaminé en se nourrissant du sang d'un oiseau infecté. A ce jour, le virus du Nil a été isolé chez une quarantaine d'espèces de moustiques à travers le monde. Au Québec, 17 espèces sont potentiellement porteuses. Les espèces d'oiseaux les plus susceptibles d'être atteints par le virus du Nil occidental sont la corneille, le grand corbeau et le geai bleu. Ce sont donc ces espèces qui sont visées dans le plan de surveillance

Le contrôle des moustiques présente des enjeux délicats: il importe de bien évaluer les répercussions de l'usage d'insecticides sur la santé publique, l'écologie et l'environnement. En effet, l'application d'insecticides chimiques, comme moyen de destruction des moustiques adultes, pourrait réduire les risques de transmission du virus du Nil occidental, mais pourrait également causer d'autres problèmes sur le plan de la santé environnementale.

Au début de la saison 2003, une application de larvicides a été effectuée dans certaines zones identifiées selon des critères précis. D'autres applications sont prévues au cours de la saison estivale. L'Estrie n'a pas encore été visée par l'application de larvicides.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée						
• Application des recommandations provinciales relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du Nil occidental, lesquelles recommandations sont adaptées aux modes de transmission de cette maladie.	100 % des recommandations québécoises relatives à la prévention et à la surveillance de l'encéphalite du Nil occidental seront diffusées au niveau régional.	X	→	→	**National Régional Local**	Budget régulier
	100 % des cas humains d'infection au virus du Nil occidental feront l'objet d'une enquête épidémiologique appropriée.	X	→	→	**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Aucune activité précise n'a été identifiée ou annoncée par le MSSS, pour l'atteinte de cet objectif.

CLIENTÈLE : Toute la population

6.4.11

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire de 15 % l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales dans les établissements de soins; plus particulièrement, empêcher la transmission des bactéries ayant une résistance multiple aux antibiotiques afin de prévenir l'endémie dans les centres hospitaliers et dans les autres établissements de soins.

ÉTAT DE SITUATION :

Les infections nosocomiales, c'est-à-dire acquises en milieu hospitalier, et de façon plus générale les infections associées à la prestation des services de santé, occasionnent une morbidité importante et une létalité modérée à sévère selon la condition clinique des patients, et présentent un potentiel élevé de contagiosité. Au Québec, on estime qu'environ 60 000 infections nosocomiales de toute nature (incluant l'influenza) surviennent annuellement, ce qui représente un taux d'environ 6 infections nosocomiales pour 100 admissions à l'hôpital. Ainsi on peut estimer qu'environ 2 500 personnes en Estrie ont subi une infection nosocomiale au cours de l'année 2001 à 2002.

La prévention des infections nosocomiales a connu un surcroît d'attention et d'importance devant la menace de nouvelles infections causées par des bactéries résistantes aux antibiotiques. La mobilisation suscitée contre deux microbes, à savoir le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), a redonné de la vigueur aux campagnes de prévention des infections en milieu hospitalier et au travail de surveillance assuré par les comités de prévention des infections en centres hospitaliers. En effet, les souches résistantes s'implantent en milieu hospitalier sournoisement sous l'influence de la pression de l'antibiothérapie et de la transmission croisée interhumaine à partir de patients porteurs. En Estrie, alors que l'ERV demeure un problème relativement rare, la situation du SARM en va tout autrement. En effet, du 1er avril 2002 au 31 mars 2003, on a détecté 206 nouveaux cas de SARM au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, pour un taux global de 6,6 cas de SARM par 1 000 admissions. En 2001, ce taux était de 2,2 cas pour 1 000 admissions (communication personnelle de Dre Sophie Michaud, Comité de prévention des infections du CHUS, 10 juin 2003).

Par l'entremise de l'éducation continue, du dépistage des malades porteurs des micro-organismes infectieux, de l'hygiène des mains et de l'isolement des malades, la progression de ce type d'infection peut être ralentie. Au cours des dernières années, des protocoles d'intervention ont été développés et diffusés dans les établissements de santé du Québec afin de donner des lignes directrices à tous les professionnels de la santé qui donnent des soins aux bénéficiaires, tant en établissement qu'à domicile.

En septembre 2002, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a participé à une activité de formation visant l'uniformisation des mesures appliquées dans les établissements de santé de la région pour la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie assure aussi la circulation de l'information relative à ce dossier auprès des établissements, entre autres en ce qui concerne la situation épidémiologique dans les centres hospitaliers de la région et de l'ensemble du Québec.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Soutien des pratiques cliniques préventives						
• Connaissance de l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales.	100 % des organismes concernés recevront les guides de prévention des infections nosocomiales.	X	→	→	**National** **Régional** **Local**	Budget régulier
• Diffusion des recommandations et des guides de prévention concernant ces infections.						
• Définition des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations.						

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Collaboration de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie aux activités de formation du réseau de la santé touchant les infections nosocomiales.

CLIENTÈLE : Toute la population

6.4.12

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire de 50 % le taux d'incidence des infections à *E. coli* 0157 et des infections à *Salmonella enteritidis*, et de 30 % celui des infections à *Campylobacter*.

ÉTAT DE SITUATION :

Les infections entériques surviennent à la suite de l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés et sont liées notamment à des problèmes de santé environnementale. Les infections entériques bactériennes sont à déclaration obligatoire par les laboratoires seulement; la vigie sanitaire ne représente donc qu'une fraction des cas réels, car ceci suppose que la personne a consulté un médecin et que celui-ci a eu recours aux prélèvements appropriés qui en permettent la confirmation. Parmi ces infections, le Programme de santé publique en retient trois en terme de priorité d'action.

Les infections à *E. coli* 0157 ont été sous les feux de la rampe en 2000, principalement en raison de l'incident majeur de Walkerton en Ontario, associé à la contamination de l'eau potable. Au cours de cette même année, l'incidence de ces infections avait connu une hausse appréciable au Québec, mais le principal facteur de risque identifié était la consommation de viande de bœuf (hachée ou attendrie). L'incidence moyenne annuelle des entérites à *E. coli* 0157 en Estrie[10], de 1997 à 2001, se situe à 8 cas par 100 000 personnes. Ces infections surviennent à l'année, avec un pic l'été. Les enfants d'âge préscolaire sont les plus traditionnellement affectés, avec les personnes âgées. À l'échelle du Québec, l'incidence de ces infections se situe en moyenne à 5 cas par 100 000 personnes par année, de 1997 à 2001. La prévention des entérites à *E. coli* 0157 se fait de façon continue par les campagnes annuelles sur la « maladie du hamburger », qui rappellent à la population les techniques de manipulation adéquate de la viande ainsi que par la surveillance de la qualité de l'eau potable.

Les infections à *Salmonella* sont traditionnellement associées à la contamination du poulet non ou mal cuit, mais plusieurs autres sources animales peuvent être en cause et l'identification de sous-espèces et sérotypes de salmonelles nous donnent des pistes particulières permettant de cibler l'intervention. Des toxi-infections alimentaires sont également souvent associées à ces infections. De 1997 à 2001, l'incidence moyenne des infections à salmonelles en Estrie[10] et dans le reste du Québec se situe à 15 cas par 100 000 personnes.

Le *Campylobacter* est le pathogène entérique le plus fréquemment déclaré : en nombre absolu, il arrive au deuxième rang de toutes les maladies à déclaration obligatoire, après la chlamydiose. Cette bactérie a causé plus de 150 cas en moyenne par année en Estrie[10] et plus de 3 000 au Québec, de 1997 à 2001. La manipulation de volaille crue ou la consommation de poulet mal cuit constitue un risque significatif de campylobactériose.

Nombre de cas et incidence des infections à *E. coli*, à *Salmonella* et à *Campylobacter* en Estrie de 1997 à 2001

	E. coli 0157		*Salmonella*		*Campylobacter*	
Année	Nb de cas	Incidence par 100 000 personnes	Nb de cas	Incidence par 100 000 personnes	Nb de cas	Incidence par 100 000 personnes
1997	19	6,7	48	16,9	186	65,6
1998	8	2,8	38	13,3	177	62,1
1999	18	6,3	29	10,1	138	48,2
2000	25	8,6	40	13,8	161	55,5
2001	24	8,2	58	19,9	103	35,4

Nombre de cas déclarés par MRC en Estrie de 1996 à 2000

MRC ou territoire équivalent	*E. coli* 0157	*Salmonella*	*Campylobacter*
MRC du Granit		17	22
MRC d'Asbestos		15	63
MRC du Haut-Saint-François		24	66
MRC du Val Saint-François		22	93
MRC de Coaticook		10	25
MRC de Memphrémagog		21	107
Ville de Sherbrooke	46	110	414
Ensemble de l'Estrie	*77**	*219*	*791*

* : Les autres cas (29) sont répartis dans les six autres MRC de la région.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée						
• Application des lignes directrices relatives à la prévention des cas secondaires et le contrôle des éclosions, tel que cela est prévu au chapitre XI de la Loi sur la santé publique.	100 % des cas déclarés d'infection à *E. coli* 0157 auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique et d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier
	100 % des cas déclarés d'infection à *Salmonella enteritidis* auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique et d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→		
	100 % des cas déclarés d'infection à *Campylobacter* auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique et d'une intervention appropriée de santé publique.	X	→	→		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Aucune activité particulière de formation n'est présentement prévue ou attendue.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.4.13**

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire les infections virales transmissibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus.

ÉTAT DE SITUATION :

En janvier 1997, le ministre de la Santé et des Services sociaux entreprenait la reconfiguration du système de gestion du sang en se basant sur les propositions du *Comité québécois sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang* (rapport Gélineau[14]) et sur les recommandations du rapport du juge Krever avec l'objectif d'harmoniser le nouveau système du sang avec les services de santé au Québec.

Au Québec, le MSSS est responsable du système du sang. Ce système est formé de quatre grandes composantes, soit : le fournisseur de produits sanguins (Héma-Québec), le réseau socio-sanitaire, l'hémovigilance et le système intégré d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance.

L'hémovigilance est définie dans le rapport Gélineau[14] comme *« un processus continu et standardisé de collecte, d'analyse de données et de diffusion des résultats à ceux qui ont besoin d'en être informés »*, qui comprend *« l'ensemble des procédures de surveillance organisée depuis la collecte du sang et de ses composantes jusqu'au suivi des receveurs, le tout en vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus et indésirables graves résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins et en vue de prévenir l'apparition de ces effets chez les receveurs »*.

L'intervention de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie dans la prévention de la transmission d'une maladie à déclaration obligatoire potentiellement transmissible par le don ou la réception de sang, organes ou tissus, s'inscrit à l'intérieur de l'enquête épidémiologique réalisée systématiquement lors de la déclaration d'un cas d'une de ces maladies à déclaration obligatoire. Les objectifs spécifiques de l'intervention en santé publique sont :

- Prévenir l'apparition de cas secondaires en agissant rapidement au niveau des banques de sang, de cellules souches ou de tissus par la mise en quarantaine de produits soupçonnés d'être contaminés;
- Retirer et détruire les produits sanguins, cellules souches ou tissus provenant de donneurs ayant une infection documentée;
- Assurer un approvisionnement suffisant et sécuritaire par la remise en inventaire des produits sanguins, cellules souches ou tissus quand la preuve a été faite que le ou les donneurs n'étaient pas contaminés;
- Assurer un suivi médical approprié aux personnes ayant reçu des produits sanguins, des cellules souches, des tissus ou des organes provenant d'une personne infectée.

Depuis le 18 avril 2002, l'infection par le VIH est incluse dans la liste des maladies soumises à une déclaration obligatoire selon la Loi sur la santé publique. Depuis 1987, seul le syndrome d'immunodéficience acquise, soit la phase avancée de l'infection par le VIH, était soumis à cette obligation au Québec, et ce, de façon anonyme. L'enquête suite à une déclaration d'infection à VIH est faite par un intervenant de santé publique unique, localisé au Laboratoire de santé publique du Québec.

Principales maladies à déclaration obligatoire (MADO) transmissibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus
Incidence annuelle par 100 000 personnes et nombre de cas en Estrie[10]
de 1997-2001

MADO	1997		1998		1999		2000		2001	
	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb
Hépatite virale B	8,4	24	10,8	31	9,76	28	11,0	32	11,0	32
Hépatite virale C	35,6	101	33,3	95	37,4	107	37,1	108	31,2	91

Autres maladies à déclaration obligatoire (MADO) transmissibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus
Incidence annuelle par 100 000 personnes et nombre de cas en Estrie[10]
de 1997-2001

MADO	1997-2001	
	Taux annuel moyen	Nb annuel moyen
Fièvre Q	1,1	3,2
Hépatite virale A	1,0	3,0
Infection à Plasmodium	2,4	6,8
Sida	0,8	2,2
Syphilis	0,4	1,2
Turberculose	1,5	4,4

De 1997 à 2001, il n'y a eu aucun cas de brucellose, d'encéphalite à virus transmissible par arthropodes, de fièvres hémorragiques virales et de rage en Estrie.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée						
• Intégration du volet « Sang » (donneur et receveur) dans les enquêtes épidémiologiques portant sur les MADO transmissibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus.	100 % des cas déclarés de MADO, transmissibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus, feront l'objet d'une enquête épidémiologique et d'une intervention de santé publique appropriée.			X	**Régional/local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des infirmières de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie qui procèdent aux enquêtes en vue d'assurer l'intégration du volet « Sang » aux enquêtes épidémiologiques portant sur les maladies à déclaration obligatoire transmissibles par les produits sanguins, les dons d'organes et les tissus.

CLIENTÈLE : Toute la population

6.4.14

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2006, réduire le taux d'incidence annuel de tuberculose active à 3,5 par 100 000 personnes et plus précisément maintenir un taux d'incidence annuel maximal de 2,0 par 100 000 personnes dans les régions du Québec autres que Montréal.

ÉTAT DE SITUATION :

Épidémiologie de la tuberculose-maladie (TBM) au Québec et en Estrie

La résurgence de cette maladie dans le monde est liée à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à la présence de souches résistantes aux antibiotiques. Au Québec, la TBM demeure la seule maladie à traitement obligatoire (MADO). Pour être efficace, la thérapie doit être suivie pendant 6 mois mais dans certains cas, elle peut durer 9 mois ou plus. L'application des mesures de contrôle et de traitement rigoureuses font en sorte que l'incidence au Québec demeure relativement faible et atteint son plus bas niveau en 2001, avec 3,5 cas par 100 000 personnes.

L'incidence de la TBM en Estrie[10], de 1997 à 2001, varie de 1,1 (3 cas) à 2,4 (7 cas) par 100 000 personnes, pour un total de 22 cas déclarés chez des résidants de notre territoire. Les formes contagieuses (ex. : pulmonaire) constituent 90 % des présentations de tuberculose active en Estrie.

Si l'on compare les cas déclarés de 1992 à 1996 aux cas survenus de 1997 à 2001, on constate que la TBM est encore un phénomène qui concerne d'abord les personnes âgées en Estrie[10], 50 % des cas ayant 65 ans ou plus. Cependant, un cas pédiatrique (âgé de moins de 18 ans) a été enregistré au cours de l'année 2000. Par ailleurs, même si l'incidence de cette maladie se maintient à de bas niveaux dans notre région, la proportion de cas diagnostiqués chez des personnes immigrantes est en augmentation. En effet, 15 % des cas de 1992 à 1996 survenaient chez des personnes originaires de pays endémiques alors que cette proportion est de 40 %, pour la période de 1997 à 2001.

Par ailleurs, aucun cas de tuberculose associé à l'infection au VIH n'a été déclaré en Estrie[10] de 1997 à 2001, alors que 2 cas avaient été déclarés pour la période 1992-1996.

Finalement, la surveillance des souches de *Mycobacterium tuberculosis* ne montre pas de résistance notable aux antituberculeux parmi les cas diagnostiqués en Estrie, mais on sait que ce phénomène est en croissance dans plusieurs régions du monde.

Priorités vis-à-vis la tuberculose

- La priorité du programme québécois de contrôle de la tuberculose demeure le suivi de chaque cas de TBM jusqu'à la fin du traitement et l'identification, l'évaluation et le suivi des personnes en contact étroit avec eux. En Estrie, la coordination de ces activités est assurée par la Direction de santé publique et de l'évaluation avec la collaboration des services spécialisés (pneumologie et maladies infectieuses du CHUS) et des CLSC. Vu la « compliance » avérée chez la grande majorité des personnes atteintes de TBM en Estrie, le recours à la thérapie sous observation directe (TOD) n'a pas été nécessaire, sauf pour un cas où cette stratégie, un peu modifiée, a été requise pour s'assurer de la fidélité au traitement. Nous devrons cependant envisager d'augmenter le recours à ce mode de traitement qui, pour plusieurs experts, est devenu le seul moyen de s'assurer avec une certitude absolue de la prise des médicaments. De même, dans certains contextes où des barrières de langue et de culture peuvent compromettre la fidélité au traitement, nous devons envisager le recours à cette stratégie afin de prévenir l'apparition de résistance aux antituberculeux.

- Une autre priorité, dans les activités de prévention et de contrôle de la tuberculose dans le programme québécois, concerne les personnes immigrantes qui n'ont pas de TBM, mais une « tuberculose inactive » en raison de leurs antécédents médicaux ou d'une radiographie pulmonaire anormale. Ces personnes sont référées par les services d'immigration aux directions de santé publique de leur région afin de faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi au moment de leur arrivée. Même si la tuberculose inactive n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Québec, ces personnes ont signé à leur arrivée un engagement de surveillance médicale de la tuberculose. Des mécanismes sont en place en Estrie pour rejoindre ces personnes, obtenir leurs dossiers médicaux auprès des ambassades et services d'évaluation outre-mer et leur faciliter l'accès aux services d'évaluation et de suivi dans notre région (pneumologie et maladies infectieuses).

- La prévention de la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH est très importante, tant pour des raisons de santé individuelle que de santé publique. Le dépistage de la co-infection est considéré comme une norme de pratique et doit être prévu dans le bilan de santé des personnes séropositives au VIH. Par ailleurs, après avoir exclu une TBM chez les personnes séropositives au VIH qui ont un PPD positif, on doit envisager avec elles une chimioprophylaxie ainsi que le suivi approprié.

- Enfin, on doit tenir compte du phénomène de l'infection tuberculeuse asymptomatique, maintenant désignée par le terme «tuberculose infection latente» ou TBL. La TBL est devenue rare au Québec chez les enfants, adolescents et jeunes adultes, mais demeure relativement fréquente chez les personnes âgées du Québec ou chez les personnes de tout âge originaires de pays endémiques de tuberculose (Asie, Afrique, Inde, Moyen-Orient, Amérique centrale et du Sud, Antilles). Or, le dépistage de la TBL et la chimioprophylaxie préventive de la tuberculose sont indiqués chez les personnes de moins de 35 ans à risque élevé d'infection, dont celles originaires de pays endémiques. Cependant, il n'y a pas de programme de dépistage systématique de la TBL par les services d'immigration chez ces personnes, que ce soit avant ou après leur arrivée au pays. En Estrie, la préoccupation du dépistage de la TBL doit être intégrée dans les pratiques cliniques préventives, lors des bilans de santé de ces personnes. Les cas dépistés pourront être référés aux services spécialisés pour évaluation complémentaire, comme c'est la coutume en Estrie, ou encore faire l'objet de suivis conjoints avec les médecins de première ligne.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Prise en charge et suivi des cas-index et des contacts étroits des personnes ayant une tuberculose contagieuse						
• Enquête auprès des cas et suivi jusqu'au terme du traitement. Organisation des services de thérapie sous observation directe (TOD), si indiqué. Identification des contacts étroits et référence aux services de premières lignes (PPD) ou aux services spécialisés (éliminer tuberculose active et évaluation pour chimioprophylaxie). Suivi des traitements préventifs jusqu'à leur terme.	100 % des cas déclarés de tuberculose active feront l'objet d'une enquête épidémiologique appropriée et seront suivis pour la durée du traitement. 100 % des contacts de cas de tuberculose active seront évalués et, le cas échéant, seront encouragés à suivre leur traitement.	X	→		**Régional**	Budget régulier
• Administration du dépistage tuberculinique (PPD) aux contacts étroits identifiés par l'enquête régionale; collaboration à l'organisation et à l'administration de la TOD, si indiquée.	Le nombre annuel de cas de tuberculose active sera maintenu à moins de 6 par an en Estrie.	X	→		**Local**	
Offre du test de dépistage tuberculinique aux personnes séropositives au VIH et traitement des personnes infectées						
• Diffusion des lignes directrices provinciales aux services impliqués dans le dépistage et le suivi des personnes séropositives au VIH (équipe régionale de soutien VIH, les services médicaux spécialisés et les services de dépistage anonyme régionaux).	100 % des lignes directrices provinciales seront diffusées au niveau régional, afin d'harmoniser les pratiques.	X	→		**Régional**	Budget régulier
• Dépistage tuberculinique et suivi des personnes séropositives au VIH (équipe régionale de soutien VIH, les services médicaux spécialisés et les services de dépistage anonyme régionaux).	100 % des personnes séropositives au VIH seront dépistées pour la tuberculose et suivies.			X	**Local** (services de dépistage anonymes)	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Évaluation initiale, traitement et suivi des immigrants nouvellement admis, tel que recommandé dans le protocole provincial d'intervention						
• Contact avec les personnes ayant signé une engagement de surveillance de la tuberculose avec les services d'immigration canadiens.	100 % des personnes référées par les services d'immigration à la Direction de santé publique et de l'évaluation seront contactés pour l'organisation de l'évaluation et la prise en charge de la tuberculose inactive dans la région de l'Estrie.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
• Intégration du dépistage tuberculinique dans les pratiques cliniques préventives chez les personnes immigrantes de moins de 35 ans.	100 % des services impliqués dans le dépistage et le suivi des personnes immigrantes de moins de 35 ans auront intégré le dépistage tuberculinique dans leurs pratiques cliniques préventives.			X	**Régional** (formation, outils) **Local** (services médicaux de première ligne, services de vaccination)	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Dans le cadre de la formation en vaccination offerte par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie auprès des vaccinateurs, poursuivre l'enseignement de la technique d'administration et de lecture de l'épreuve diagnostique de Mantoux (PPD).
- Adaptation et diffusion d'outils d'information et de soutien aux pratiques cliniques préventives au moyen de grilles d'évaluation du risque de tuberculose, des indications de dépistage et de chimioprophylaxie, pour les services cliniques de première ligne, en collaboration avec les services spécialisés de la région (pneumologie, maladies infectieuses).

CLIENTÈLE : Toute la population

6.4.15

DOMAINE : Maladies infectieuses

OBJECTIF : D'ici 2007, maintenir à moins de 20 le nombre annuel de cas sporadiques de zoonoses autres que la rage.

ÉTAT DE SITUATION :

Les zoonoses sont des maladies pouvant être transmises à l'être humain par les animaux. Elles représentent un groupe hétérogène de maladies infectieuses causées par une grande diversité de micro-organismes. Elles provoquent une morbidité de modérée à sévère, et peuvent avoir des impacts économiques non négligeables, nécessitant une intervention rapide et une collaboration multidisciplinaire interministérielle.

En juin 1997, les directions régionales de santé publique et le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ont signé le *Protocole de collaboration et de communication de renseignements sur la prévention, la surveillance et le contrôle des zoonoses*. En vertu de ce protocole, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a le mandat de tenir une enquête épidémiologique auprès des personnes atteintes ou susceptibles d'être atteintes, lors de la déclaration d'une infection pouvant être d'origine animale, et mener les interventions de santé publique appropriées en collaboration avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.

Certaines zoonoses sont déjà ciblées par d'autres objectifs du *Programme national de santé publique*, notamment la rage et les infections entériques (salmonellose et campylobactériose).

On rapporte de 2 à 5 cas de zoonoses autres que la rage, entre 1997 et 2001[10]. Ce sont très majoritairement (89 %) des cas de fièvre Q.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Protection de la santé de la population en cas de menace réelle ou appréhendée						
• Diffusion aux populations ciblées des recommandations établies à partir de l'investigation des éclosions de zoonoses, autre que la rage humaine, et adaptées aux différents modes de transmission de ces maladies.	100 % des outils produits par le MSSS seront diffusés auprès des populations ciblées.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas de zoonoses et une intervention de la santé publique appropriées.	100 % des cas déclarés de zoonoses auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional/local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Collaboration de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie aux activités de formation du réseau de la santé touchant la problématique des zoonoses.

Domaine 5
Santé environnementale

95-46

Présentation du domaine de la santé environnementale

La quasi-totalité des objectifs retenus dans le domaine de la santé environnementale ne s'adressent pas à une clientèle particulière mais visent plutôt le mieux-être de l'ensemble de la population. La priorité a été accordée aux maladies liées à la qualité de l'air extérieur et intérieur, et à la qualité de l'eau de consommation. L'amiante et le monoxyde de carbone ont aussi fait l'objet d'une attention particulière. Enfin, les dernières fiches traitent des urgences en santé environnementale, notamment les risques reliés au bioterrorisme et la gestion des accidents industriels majeurs.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.5.1**

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2012 :
- **réduire les problèmes de santé associés à la pollution atmosphérique.**
- **contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition aux hydrocarbures aromatiques polycycliques.**

ÉTAT DE SITUATION :

Plusieurs études épidémiologiques démontrent qu'une augmentation des niveaux de pollution atmosphérique (notamment par ozone, oxyde d'azote et de soufre, monoxyde de carbone et particules respirables) entraîne une augmentation significative de la mortalité moyenne quotidienne chez les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi qu'une morbidité accrue chez les enfants et les populations défavorisées vivant à proximité des zones polluées.

Même si le tabac est la principale cause de cancer du poumon, plusieurs autres contaminants présents dans l'environnement sont reconnus cancérogènes et peuvent contribuer à l'apparition de ces cancers. Les principaux contaminants présents dans l'environnement pouvant contribuer à l'apparition des cancers du poumon sont le radon, l'amiante et les hydrocarbures aromatiques polycycliques.

L'asthme est au 11^{e} rang des problèmes de santé déclarés par la population du Québec et sa prévalence ne cesse d'augmenter depuis 10 ans. Chez les enfants particulièrement, le lien entre les concentrations élevées d'aéroallergènes dans l'air et l'apparition de l'asthme est clairement démontré. Par ailleurs, 48,5 % des asthmatiques adultes ont ressenti leurs premiers symptômes avant l'âge de 5 ans. Il est reconnu que la pollution de l'air extérieur et intérieur est susceptible de provoquer des réactions allergiques et de contribuer à l'apparition ou à l'aggravation de l'asthme. Le contrôle environnemental contribue à réduire la fréquence et la sévérité des crises.

Les interventions dans le programme *Info-Smog* d'Environnement Canada

La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie est impliquée dans le programme *Info-Smog* depuis l'été 2002 seulement. Toutefois, grâce à deux stations météorologiques, Environnement Canada a pu compiler le nombre de jours de « smog » dans la région, depuis 1995:

1995 : 5 jours **1996** : 2 jours **1997** : 3 jours **1998** : 3 jours **1999** : 3 jours **2000** : 1 jour **2001** : 8 jours **2002** : 8 jours

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion des moyens efficaces d'améliorer la qualité de l'air extérieur (ex. : utilisation du transport en commun, programmes d'inspection obligatoire des véhicules usagés, etc.)						
• Appuyer les dossiers pertinents.	Nombre de dossiers dans lesquels la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a appuyé, à la demande ou si jugé opportun, les efforts de sensibilisation et d'information concernant les moyens de transport les moins polluants.			X	**National** **Régional** **Local**	Budget régulier
• Information à la population lors d'avertissement de smog.	Nombre d'interventions médiatiques (radio, journaux, télévision) par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie lors d'avis de smog estival.	X	→	→		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Participation à la formation offerte par Environnement Canada sur le sujet.

CLIENTÈLE : Toute la population

6.5.2

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire la morbidité imputable au pollen de l'herbe à poux.

ÉTAT DE SITUATION :

La rhinite allergique affecte de plus en plus de personnes chez les jeunes de 15 à 24 ans et les adultes de 25 à 44 ans. Elle se situe au 5e rang des problèmes de santé les plus fréquemment déclarés, et a plus que doublé chez les personnes de 15 à 44 ans, en 10 ans. Parmi les aéroallergènes saisonniers, le pollen de l'herbe à poux serait responsable à lui seul de 50 à 90 % de tous les cas de rhinite allergique.

D'ailleurs, en Estrie, le rhume des foins ou rhinite allergique causée par le pollen affecte près de 5 % des citoyens. Pour une majorité de personnes, la prise de médicaments peut enrayer les symptômes. Cependant, au Québec, les coûts en soins de santé reliés au rhume des foins dépassent les 50 millions de dollars par année. La prévention s'avère donc plus efficace et moins onéreuse pour lutter contre l'herbe à poux.

Les interventions réalisées

C'est pour ces raisons qu'en Estrie, à chaque année, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie sensibilise les MRC et les municipalités à s'impliquer dans la lutte à l'herbe à poux, leur demandant de publier un communiqué ou de diffuser l'information disponible (dépliants, brochures, affiches) auprès de la population, des gestionnaires de terrains municipaux et des propriétaires de grands terrains. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie fait également parvenir des dépliants qui s'adressent au grand public dans l'ensemble des points de service de CLSC de la région en leur demandant de les diffuser auprès de la population.

Dans les années passées, il y a eu plusieurs campagnes médiatiques pour informer les gens sur cette problématique, sur les problèmes de santé associés, et pour les inciter à arracher l'herbe à poux. Lors de ces campagnes, un envoi de communiqués était fait aux journaux (quotidiens, hebdos, bulletins municipaux), et des entrevues ont été données à la radio et à la télévision. Une journée d'arrachage d'herbe à poux a déjà été organisée en collaboration avec la ville de Magog en 1993.

Depuis quelques années, la Table québécoise sur l'herbe à poux produit un bulletin, le *Flash Herbe à poux*, qui paraît à quelques occasions durant la période estivale et qui est envoyé à la personne responsable de ce dossier dans chaque municipalité du Québec.

Au début de la saison 2002, un outil de sensibilisation produit par la Table québécoise sur l'herbe à poux a également été envoyé dans toutes les municipalités. Il s'agit des fiches d'aide à la décision. Ces fiches, au nombre de 11, regroupent des informations sur divers aspects de la problématique (ex. : identification de la plante, santé, contrôle, législation, etc.).

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Promotion des moyens efficaces de réduire l'exposition au pollen de l'herbe à poux						
• Informer les intervenants municipaux concernés sur les mesures de contrôle adéquates de l'herbe à poux.	100 % des MRC recevront des outils d'information (brochures, dépliants…) annuellement.	X	→	→	**National/ régional**	0,25 ETP Agent de planification en santé environnementale + 0,25 ETP Secrétaire Financement total : **32 500 $**
• Participer à la formation des intervenants municipaux de l'ensemble des MRC, lorsque la formation provinciale sera mise sur pied.	Nombre de personnes formées.			X	**National/ régional**	
• Sensibiliser la population à la problématique de l'herbe à poux: l'identification de l'herbe à poux et les mesures de contrôle à appliquer dans l'environnement immédiat.	Nombre de chroniques qui apparaissent dans les hebdos régionaux en saison au sujet de la problématique de l'herbe à poux.	X	→	→	**Régional/ local**	
	100 % des CLSC recevront des dépliants d'information à l'intention de la population.	X	→	→		

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Outils de formation à jour en fonction des nouveaux outils d'information (fiches d'aide à la décision de la Table Québécoise sur l'herbe à poux).

CLIENTÈLE : Toute la population **6.5.3**

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire la morbidité et la mortalité reliées à la mauvaise qualité de l'air intérieur ainsi qu'à l'insalubrité dans les résidences et les édifices publics.

ÉTAT DE SITUATION :

La mauvaise qualité de l'air ainsi que les problèmes de salubrité dans les résidences et les bâtiments publics sont à l'origine d'une augmentation de la prévalence et de la gravité de problèmes de santé tels que l'asthme, les manifestations allergiques et le syndrome des édifices hermétiques. Les principaux contaminants qu'on y retrouve sont les contaminants biologiques (moisissures), la fumée de tabac et autres produits de combustion de même que certains composés organiques volatils.

Au Québec, par exemple, le nombre de demandes adressées aux organismes publics, concernant des problèmes d'humidité excessive et de contamination par des moisissures, a nettement progressé au cours des années 1990, laissant entrevoir une problématique en croissance. Les données disponibles dans la région témoignent de la même tendance.

Entre le 1er avril 2001 et le 31 janvier 2003, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a reçu 436 appels dont 169 sont directement reliés à la qualité de l'air intérieur (39 %). Ces appels concernent l'humidité et les moisissures dans 57 % des cas, les produits chimiques dans 9 % des cas, l'insalubrité dans 8 % des cas et la qualité de l'air intérieur en général dans 25 % des cas. Ce contexte a conduit l'Institut national de santé publique du Québec[15] à produire un rapport sur les effets à la santé liés aux moisissures.

La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie travaille en concertation avec plusieurs instances pour faire face à cette problématique dont la résolution dépend d'une action intersectorielle. Un protocole de gestion des demandes reliées à la qualité de l'air intérieur a été développé. Ce protocole est appliqué par les intervenants d'Info-Santé. De plus, un cadre de référence[16] a été produit. Ce cadre a notamment été envoyé à l'ensemble des municipalités. Il permet également d'outiller les intervenants à domicile pour leur permettre de mieux répondre aux questions qu'ils reçoivent sur ce sujet.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Participation à l'organisation des services publics, sectoriels et intersectoriels, sur la qualité de l'air intérieur dans chacune des régions du Québec						
Services sectoriels						
• Organisation des services publics du réseau de la santé, eu égard à la qualité de l'air intérieur.	Le document d'organisation des services publics du réseau de la santé, eu égard à la qualité de l'air intérieur, sera déposé pour la région de l'Estrie.		X		**Régional/local**	Budget régulier
• Promotion de l'évaluation et de l'aide à la gestion des problèmes liés à une humidité excessive ou de contamination par des moisissures lors des visites à domicile effectuées dans le cadre des programmes qui rejoignent les 0-5 ans (ex. : OLO, visites postnatales, etc.).	Un rapport d'étude sur les besoins de formation des intervenants à domicile sera déposé.			X		
Services intersectoriels						
• Participation à la promotion du *Guide d'intervention intersectorielle aux municipalités,* en leur offrant une formation sur les effets à la santé d'une mauvaise qualité de l'air intérieur et sur les rôles, pouvoirs et devoirs des différents intervenants et organismes publics concernés.	Une étude sur les connaissances, attitudes et comportements des gestionnaires municipaux concernant ce problème sera réalisée.		X		**Régional**	Budget régulier
	Une activité de formation des inspecteurs municipaux, eu égard à la qualité de l'air intérieur, aura été offerte à 100 % des MRC.			X		

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque sont signalés des problèmes de santé liés à qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance ainsi que les établissements du réseau de la santé et des service sociaux						
• Clarification des rôles et des responsabilités des intervenants de la santé au travail et de la santé publique, impliqués conjointement dans ces enquêtes.	La démarche régionale d'intervention auprès des milieux mixtes (partage des responsabilités entre santé environnementale et santé au travail, lors d'enquêtes et d'interventions dans les milieux mixtes population - travailleurs) sera complétée.		X		**Régional/local**	Budget régulier
• Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées, lorsque sont signalés des problèmes de santé, liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux avec la collaboration de l'équipe du CLSC en santé au travail.	100 % des problèmes de santé liés à la qualité de l'air intérieur ou à la salubrité dans les écoles, les centres de la petite enfance et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, feront l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Reprise de la formation portant sur les risques à la santé et la prise en charge des problèmes liés aux moisissures.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.5.4**

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2007, contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'amiante.

ÉTAT DE SITUATION :

En Estrie durant la période 1997-2000, en lien avec le travail, 3 cas de mésothéliome et 5 cas de cancer du poumon reliés à l'amiante ont été rapportés.

Le Centre international de recherche sur le cancer classe l'amiante comme cancérigène prouvé chez l'humain. Son inhalation peut causer le mésothéliome, cancer rare mais spécifique, ainsi que d'autres formes de cancer du poumon. L'exposition intérieure aux fibres d'amiante dépend, entre autres, du contenu en amiante des matériaux de construction utilisés dans les bâtiments. Dans les années 50-80, l'amiante a été utilisé dans plusieurs types de matériau de construction, particulièrement sous forme de flocage pour l'isolation de bâtiments publics.

En 1998, le ministère de l'Éducation, en collaboration avec le MSSS, a procédé à une campagne provinciale d'identification des écoles ayant de l'amiante floqué. Une visite de toutes les écoles ciblées a été effectuée et dans les cas où il y avait un potentiel modéré à important de dispersion des fibres d'amiante (cote 2 ou 3), des mesures ont été recommandées.

En Estrie, 17 établissements scolaires ont été visités dans le cadre de l'opération amiante-école, entre décembre 1998 et août 2001 (15 écoles dont deux privées, et deux centres administratifs) sur un total approximatif de 150 établissements publics (incluant les divers pavillons d'un établissement). La responsabilité d'identifier les écoles ayant des flocages d'amiante revenant aux commissions scolaires, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie est intervenue seulement dans les écoles identifiées par ces commissions scolaires. Aucune demande de réévaluation des matériaux n'a été adressée à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie jusqu'à maintenant.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Participation au suivi de l'enlèvement ou de la réparation du flocage d'amiante dans les bâtiments scolaires déjà identifiés						
• Réévaluation des écoles cotées 2 ou 3 lors de l'opération initiale.	En collaboration avec la santé au travail, 100 % des écoles de l'Estrie, ayant reçu une cote 2 ou 3 lors de l'intervention «Amiante-Écoles», feront l'objet d'une réévaluation.			X	**Régional**	Budget régulier
Soutien à l'évaluation de la présence d'amiante dans tous les établissements de soins de santé						
• Application des orientations du ministère dans les établissements de santé.	En collaboration avec la santé au travail, 100 % des établissements de soins de santé de l'Estrie, identifiés quant à la présence d'amiante par un éventuel programme provincial, feront l'objet d'une évaluation.			X	**Régional/local**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation des intervenants des équipes locales de santé au travail sur les méthodes d'évaluation utilisées, s'il y a lieu.
- Mise à jour quant à la méthode d'évaluation, si nécessaire.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.5.5**

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2007, réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies d'origine hydrique.

ÉTAT DE SITUATION :

L'ingestion et le contact avec une eau contaminée causent des problèmes de santé comme des gastro-entérites, des dermatites et des intoxications aiguës. Entre 1989 et 1999, 147 épidémies d'origine hydrique, principalement d'origine infectieuse, ont été rapportées au Québec affectant plus de 3 600 personnes. Lors de ces épidémies, les pathogènes les plus fréquemment identifiés ont été le virus de Norwalk, *Salmonella sp* et *Campylobacter sp*. Les épidémies d'origine parasitaire (*Giardia*, *Cryptosporidium*) semblent également prendre de plus en plus d'importance, car ces micro-organismes démontrent une certaine résistance à la chloration.

Il est à noter que le nombre d'épidémies d'origine hydrique signalées aux directions de santé publique demeure probablement bien inférieur à la réalité, puisque la majorité des maladies entériques ne conduisent pas à des visites médicales ou à des hospitalisations.

Pour la période 1997-2001 en Estrie, 4 éclosions reliées à l'eau ou soupçonnées l'être ont été répertoriées (toutes en 2001). Parmi ces cas, 2 éclosions concernaient la dermatite du baigneur et ont touché plusieurs enfants d'âge scolaire; les 2 autres éclosions étaient liées à une contamination microbiologique de l'eau. Dans un de ces cas, il s'agissait de la bactérie *E. coli* et l'éclosion a touché au moins 2 personnes; l'autre cas a touché au moins 3 personnes, et l'agent pathogène n'a pas été identifié.

Depuis l'adoption du nouveau règlement sur la qualité de l'eau potable, en juin 2001, l'ensemble des réseaux d'aqueduc, tant privés, touristiques, institutionnels que municipaux, sont suivis de façon beaucoup plus étroite par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie qu'auparavant. En effet, selon ce règlement, les laboratoires ainsi que les exploitants des systèmes d'aqueduc ont l'obligation d'aviser immédiatement la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et le ministère de l'Environnement lors de tout dépassement de norme, quel qu'il soit. Lorsqu'une contamination nécessite l'émission d'un avis d'ébullition, le laboratoire en informe immédiatement par téléphone la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie qui vérifie ensuite auprès de l'exploitant que l'avis est bel et bien émis et que la population est bien protégée. Lorsque nécessaire, des discussions ont lieu entre la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie et le ministère de l'Environnement pour obtenir plus de détails sur une situation particulière et s'entendre sur le suivi à donner.

Pour être en mesure d'avoir toujours une information à jour, un rapport des interventions est envoyé de façon hebdomadaire par le ministère de l'Environnement à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, ce qui permet de valider les données détenues de part et d'autre.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Conduite d'enquêtes épidémiologiques et organisation des activités appropriées lorsque sont signalées des éclosions ou des intoxications reliées à l'eau dans tous les cas de dépassement des normes relatives aux *E. coli* fécaux dans les réseaux de distribution d'eau						
• Sensibilisation et concertation afin d'avoir accès en temps opportun aux déclarations concernant des éclosions, des intoxications ou des dépassements de normes relatives à la qualité de l'eau, lesquelles déclarations sont nécessaires à une intervention précoce pour protéger la santé de la population.	100 % des éclosions et des intoxications reliées à l'eau feront l'objet d'une analyse du dossier et, lorsque nécessaire, une enquête épidémiologique sera réalisée.	X	→	→	**Régional**	0,75 ETP Agent de planification en santé environnementale + 0,75 ETP Secrétaire Financement total : **94 500 $**
	Une intervention appropriée sera réalisée dans 100 % des cas de dépassement des normes relatives aux *E. coli* fécaux dans les réseaux de distribution d'eau.	X	→	→		
• Accroître l'efficacité du système de surveillance en sensibilisant les partenaires afin qu'ils signalent à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie les cas suspectés d'être reliés à l'eau (CLSC, établissements de santé, cliniques médicales, CPE, CHSLD, écoles, exploitants de plage, etc.) ainsi que les dépassements de normes (exploitants).	Nombre d'activités de sensibilisation des partenaires.			X	**Régional/local**	
• Collaborer avec Emploi-Québec et le ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir lors de séances d'information sur la formation des opérateurs de systèmes d'eau potable (une séance par MRC).	Nombre de séances d'information tenues sur la formation des opérateurs de systèmes d'eau potable.	X			**Régional**	

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation sur la tenue d'enquêtes épidémiologiques.
- Informations à donner aux intervenants d'Info-Santé sur les nouvelles problématiques.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.5.6**

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire de 25 % les intoxications d'origine environnementale et leurs conséquences sur la santé.

ÉTAT DE SITUATION :

De toutes les intoxications environnementales, celles à du monoxyde de carbone, aux hydrocarbures et aux pesticides sont les plus fréquentes. Elles entraînent plusieurs décès et problèmes importants de santé. Dans les cas d'intoxication aux pesticides, 45 % des victimes sont des enfants de 0 à 5 ans. Certains métaux lourds comme le plomb, le mercure, le cuivre sont à l'origine d'intoxication dans certaines populations vulnérables (autochtones, pêcheurs, enfants de milieux urbains défavorisés ou voisins de secteurs industriels) .

La présence de ces contaminants dans l'environnement, en plus de représenter des coûts importants pour le système de santé en consultations et soins de toutes sortes, a des effets à long terme sur l'organisme (avortements répétés, cancers, immunosuppression, retards ou problèmes de développement chez l'enfant). Les connaissances quant au niveau d'exposition des populations du Québec à ces contaminants sont cependant incomplètes et doivent être améliorées.

En Estrie depuis 2000, en plus d'avoir reçu des appels au sujet du monoxyde de carbone, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a été confronté à quatre événements d'exposition et d'intoxication au monoxyde de carbone à la suite de dynamitage en milieu résidentiel. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie collabore au développement et à la diffusion des informations appropriées aux personnes concernées par la problématique.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Sensibilisation de la population à l'utilisation d'un détecteur de monoxyde de carbone dans la maison						
• Activités de sensibilisation.	Nombre d'activités de sensibilisation et d'information visant des clientèles vulnérables en regard du monoxyde de carbone et non rejointes (propriétaires de camps de chasse ou de pêche, chalets, etc.).			X	**National/ régional**	Budget régulier
• Diffusion de l'information sur les intoxications au monoxyde de carbone auprès des locateurs indépendants d'équipements motorisés.	100 % des outils d'information produits par le MSSS seront diffusés auprès des entreprises indépendantes qui louent de l'équipement motorisé.			X	**Régional**	
Promotion du processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone et des pesticides et conduite d'enquêtes épidémiologiques lorsque de tels cas sont déclarés						
• Documentation de l'ampleur de la sous déclaration.	L'ampleur de la sous déclaration des intoxications au monoxyde de carbone sera documentée par la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie.			X	**Régional**	Budget régulier
• Enquête épidémiologique lors de la déclaration de cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale.	100 % des cas déclarés d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale auront fait l'objet d'une enquête épidémiologique.	X	→	→	**Régional/local**	

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Sensibilisation des professionnels de la santé à l'importance de la déclaration d'intoxication au monoxyde de carbone.	Nombre d'articles de sensibilisation publiés dans le bulletin d'information *Actualités MADO*, visant les professionnels du réseau de la santé de la région de l'Estrie.	X			**Régional**	Budget régulier
	100 % des médecins, des cliniques médicales et Info-Santé auront reçu le feuillet plastifié.		X			

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Mise à jour sur le monoxyde de carbone par le truchement du Comité CO provincial.
- Information du personnel Info-Santé sur les développements dans le domaine.

CLIENTÈLE : Toute la population **6.5.7**

DOMAINE : Santé environnementale

OBJECTIF : D'ici 2012, réduire les conséquences sur la santé des situations d'urgence et des catastrophes environnementales.

ÉTAT DE SITUATION :

Au cours des dix dernières années, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a participé à quatre audiences publiques du Bureau d'audiences publiques en environnement concernant divers sujets environnementaux tous reliés de près ou de loin à la santé publique.

La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie s'implique dans la gestion des urgences environnementales incluant, dans l'année 2001, la réponse aux multiples appels dus à des colis suspectés de présenter une menace pour la santé publique et l'évacuation d'un centre de télémarketing en raison de la présence suspecte d'un contaminant dans l'air intérieur. Également, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie répond à toutes les demandes d'étude ainsi qu'aux révisions des schémas d'aménagement des MRC. Elle est impliquée dans chacun des comités mixtes des municipalités – industries de la région et aux sous-comités qui en découlent. Finalement, la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie s'implique dans la conception des plans d'urgence en cas d'accidents industriels majeurs. Ces plans sont maintenant exigés dans le cadre de la Loi 173 de la Sécurité publique. La responsabilité de la coordination de ces derniers est d'abord imputée aux municipalités et MRC et par ricochet, aux industries concernées. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie ainsi que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie font partie de ce plan en tant qu'intervenants dans chacun des scénarios minute par minute de ces plans d'urgence.

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
Participation aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement et à la conception de la politique relative à la protection des sols et à la réhabilitation des terrains contaminés						
• Analyse des dossiers à l'étude par le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement.	La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie aura participé à l'analyse de 100 % des dossiers faisant l'objet d'étude par le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement.			X	**Régional**	Budget régulier
• Participation à la gestion des situations d'urgence et des catastrophes environnementales et maintien en tout temps d'un système de garde régional en réponse aux urgences environnementales.	La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie aura participé à la gestion de 100 % des situations d'urgence et des sinistres environnementaux présentant un risque à la santé publique.			X	**Régional/local**	Budget régulier
• Collaboration aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile et à la préparation des schémas de sécurité civile.	Le développement du plan de mobilisation aura été développé, tel que prévu au chapitre II de la Loi sur la santé publique.	X				
• Participation au processus de révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC et les communautés urbaines.	100 % des demandes d'avis adressées à la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, en lien avec la révision des schémas d'aménagement proposés par les MRC, seront répondues dans les délais spécifiés par le MSSS.			X	**Régional**	Budget régulier

ACTIVITÉS	INDICATEURS DE RÉSULTATS	2004-2005	2005-2006	2006-2007	NIVEAU DE RESPONSABILITÉ	FINANCEMENT
• Participation aux démarches régionales relatives à la gestion des risques d'accidents industriels majeurs, conformément à la Loi sur la sécurité civile (expertise conseil aux comités mixtes municipalités-industries), et à la préparation des schémas de sécurité civile.	La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie maintiendra sa participation à 100 % des comités mixtes municipalités-industries qui se tiendront en Estrie.			X	**Régional**	Budget régulier
Élaboration d'un plan d'urgence relatif à la santé environnementale, incluant des actions relatives aux risques nucléaires, biologiques et chimiques en cas de bioterrorisme						
• Élaboration d'un plan d'urgence relatif à la santé environnementale coordonné par l'Institut national de santé publique du Québec et des partenaires nationaux tels que le ministère de la Sécurité publique, des partenaires régionaux comme les directions régionales de la sécurité civile, le ministère de l'Environnement et le ministère de l'Agriculture et Agroalimentaire Canada ainsi que des partenaires locaux, par exemple les municipalités et les CLSC.	Arrimage du plan d'urgence régional avec les orientations nationales.			X	**National/ régional**	Budget régulier

DÉVELOPPEMENT ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES :

- Formation sur les produits chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et terrorisme, au besoin.
- Information et formation sur la nouvelle réglementation et sur l'application de la Loi 173 de la Sécurité publique.

Références

1 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. *La politique québécoise de la santé et du bien-être : suivi 2000 de l'atteinte des objectifs de l'Estrie,* Direction de la santé publique et de l'évaluation de l'Estrie, Objectif 17 (suicide et tentatives de suicide), novembre 2001, p. 133-147.

2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichiers des décès 1995-1996-1997.*

3 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, p. 86.

4 ST-HILAIRE, E. *Évaluation de l'implantation du programme de formation de sentinelles,* Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région Chaudière-Appalaches, juillet 2002, 80 p.

5 SANTÉ CANADA. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998*, Santé Canada, 2002, 98 p.

6 STATISTIQUE CANADA. *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1998-1999.

7 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, 2000, 642 p. (Collection La santé et le bien-être).

8 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Cadre de référence, Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire, 2002.

9 SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC. *Bilan routier 2000 : Dossier de presse*, Québec, SAAQ-MTQ, 2001, 21 p.

10 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Région de l'Estrie, année 2001 et tendances de 1991 à 2001*, RRSSS de l'Estrie, septembre 2002, 99 p.

11 DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION. *Morsures animales et autres expositions potentielles au virus de la rage en Estrie, rapport 2001,* RRSSS de l'Estrie, juillet 2002.

12 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) – cas cumulatifs 1979-2002, Mise à jour No. 2002-1*, Santé et services sociaux, Québec, 30 juin 2002.

13 NOËL, L. R. PARENT ET R. CLOUTIER. *Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH offerts aux utilisateurs de drogue par injection du Québec,* Centre québécois de coordination sur le sida, août 2002.

14 GELINEAU, G. et autres. *Le système du sang au Québec : Rapport du comité sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution du sang,* Santé et services sociaux, Québec, Novembre 1996.

15 D'HALEWYN, A. et autres. *Les risques à la santé associés à la présence de moisissures en milieu intérieur,* Institut national de santé publique du Québec, 2002, 166 p.

16 ROY, R. et autres. *Guide d'intervention intersectorielle sur la qualité de l'air intérieur et la salubrité dans l'habitation québécoise,* Collection « Orientations et interventions », Santé et services sociaux, Québec, 2001, 171 p.

Annexes

Annexe A

PROGRAMME D'IMMUNISATION DU QUÉBEC

Ensemble des programmes de vaccination soutenus financièrement par le MSSS. Il comprend l'immunisation de base, soit l'ensemble des immunisations considérées comme essentielles dans un programme de santé publique et offertes systématiquement à l'ensemble de la population, à des moments précis de la vie. Le programme inclut également l'immunisation gratuite de groupes particulièrement vulnérables à certaines maladies évitables par la vaccination, soit en raison de conditions médicales particulières, soit en raison de comportements à risque. Périodiquement, le MSSS détermine les clientèles qui sont admissibles à ces programmes de vaccination restreints ou spécifiques.

PROGRAMME « *LES UDI ONT LA PIQÛRE* »

Programme de distribution de matériel d'injection stérile et d'échange de seringues implanté en Estrie depuis mars 1994. Ce programme repose sur un réseau composé de multiples sites d'accès gratuit aux seringues (6 centres hospitaliers (salle d'urgence), 18 points de service de CLSC, 2 organismes communautaires, et une pharmacie) ainsi qu'un bon nombre de pharmacies vendeuses pour un total de 55 sites au 31 mars 2002. Plusieurs de ces sites offrent aussi de l'écoute, du soutien psychosocial ainsi que de l'information. Au besoin, la clientèle est référée vers les ressources en toxicomanie, en dépistage MTS/VIH ou autre. De plus, certains sites offrent des services sur place (soins infirmiers, counselling et dépistage MTS/VIH, vaccination contre les hépatites A et B).

Liste des collaborateurs et des collaboratrices

COMITÉ AVISEUR DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE

Ginette Dorval, M.D., directrice, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Nathalie Léonard, agente de planification et programmation, Service des programmes, Direction des programmes des ressources financières et matérielles
Lynda Périgny, chef de service, Service prévention/promotion de la santé, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Reno Proulx, M.D., chef de service, Service protection de la santé publique, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Pierre Richard, directeur des programmes, Carrefour santé du Granit (CH-CHSLD-CLSC), représentant des CLSC de l'Estrie
Danielle Lareau, directrice des services à la population, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François, représentante des CLSC de l'Estrie
Mario Morand, directeur général, Centre de santé de la MRC d'Asbestos, représentant des CLSC de l'Estrie
Denis Lalumière, directeur général, CLSC de Sherbrooke, représentant des CLSC de l'Estrie
Violaine Franchomme-Fossé, M.D., représentante du Département régional de médecine générale de l'Estrie
Louise Meunier, directrice générale, Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut-St-François, représentante du Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie
Anne-Marie Poirier, coordonnatrice, Naissance-Renaissance Estrie, représentante du Regroupement des Organismes Famille de l'Estrie (ROFE)

COLLABORATION À LA RÉGIE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

Direction de santé publique et de l'évaluation
Ginette Dorval, M.D., directrice
Louise Garant, secrétaire de direction

Service soutien méthodologique et évaluation
Aline Émond, chef de service
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation
Annie Bélisle, technicienne en recherche
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire

Denise Donovan, médecin-conseil
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire
Gilles-Yvon Levesque, agent de recherche sociosanitaire
Brigitte Martin, technicienne en recherche
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire
Isabelle Bruneau, secrétaire
France Paquet, secrétaire

Service protection de la santé publique
Reno Proulx, M.D., chef de service
Chantal Beaudet, médecin-conseil
Francine Beaulieu, infirmière
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale
Diane Dion, infirmière
Monique Drapeau, médecin-conseil
Louise Frenette, médecin-conseil
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Louise Galarneau, médecin-conseil
Suzanne Ménard, médecin-conseil
Danielle Proulx, infirmière
Marjolaine Pruneau, commis senior
Sylvie Bolduc, secrétaire
Nicole Fontaine, secrétaire
Brigitte Marquis, secrétaire

Service santé au travail
Francine Boulanger, chef de service
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Francine Cliche, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Michel Hains, hygiéniste du travail
Gilles-Yvon Lévesque, agent de recherche sociosanitaire
Fabien Gagnon, médecin-conseil
Lise Gosselin, médecin-conseil
Denise Fortin, secrétaire

Service prévention/promotion de la santé
Lynda Périgny, chef de service
Daniel Auger, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Renée Cyr, agente de planification et de programmation sociosanitaire
André Lavallière, dentiste-conseil
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire
Robert Pronovost, médecin-conseil
Alain Rochon, médecin-conseil
Mireille Ara, secrétaire
Ginette Breton, secrétaire

GROUPES DE RELECTURE

Développement, adaptation et intégration sociale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Carole Albert, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service santé au travail
Danielle Bédard, agente de planification et de programmation, Service soutien méthodologique et évaluation
Robert Pronovost, médecin-conseil, Service prévention/promotion de la santé

Habitudes de vie et maladies chroniques
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Michel Carbonneau, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation
Louise Galarneau, médecin-conseil, Service protection de la santé publique
Marie-Thérèse Payre, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé

Traumatismes non intentionnels
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Daniel Auger, agent de planification et programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Louis Hébert, agent de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Maladies infectieuses
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé environnementale
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Sonia Boivin, agente de planification en santé environnementale, Service protection de la santé publique
Sandra Brassard, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation

Santé au travail
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Valois Boudreault, agent de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé
Fabien Gagnon, médecin-conseil, Service santé au travail et Service protection de la santé publique
Marie-Pascale Sassine, agente de recherche sociosanitaire, Service soutien méthodologique et évaluation

Développement des communautés
Aline Émond, chef de service, Service soutien méthodologique et évaluation
Denise Donovan, médecin-conseil, Service soutien méthodologique et évaluation
Liliane Pagé, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Service prévention/promotion de la santé